

## ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616.12:616.517

### СЛУЧАЙ ПЛЕЙОТРОПНОГО ВЛИЯНИЯ ВАРФАРИНА НА КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ПСОРИАЗА

Аксунхар Аргынбек<sup>1</sup>, Тамара Алиевна Шамсутдинова<sup>2</sup>, Алина Калыбековна Сивенкова<sup>3</sup>, Вера Николаевна Силакова<sup>4</sup>

<sup>1-4</sup>ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет», Минздрава России, Екатеринбург, Россия

<sup>1</sup>akhsunkar@gmail.com

#### Аннотация

**Введение.** Варфарин десятилетиями использовался для лечения пациентов с фибрилляцией предсердий и иных патологических состояний, сопровождающихся повышенным тромбообразованием. Чаще всего по ряду показаний доза варфарина подбирается до достижения значений МНО от 2,0 до 3,0 [1]. Псориаз – это хроническое воспалительное заболевание кожи, с доминирующим значением в развитии генетических факторов. По многочисленным эпидемиологическим исследованиям, псориазом страдает до 5–7 % населения [2]. **Цель исследования** - описание и анализ наблюдения благоприятного воздействия варфарина на клиническое течение псориаза.

**Материалы и методы.** Объект исследования - история болезни пациента, проходившего лечение в кардиологическом отделении ГБУЗ СО ЦГКБ №1. Использовался клинико-anamnestический метод исследования. **Результаты.** Разбор клинического случая пациента К., 73 года, проходившего обследование и лечение в кардиологическом стационарном отделении. Выявлено

плейотропное действие варфарина на течение псориаза. **Обсуждение.** На фоне проведения антикоагулянтной терапии Варфарином по поводу фибрилляции предсердий отмечается улучшение клинической картины псориаза, что может быть связано с влиянием данного препарата на звенья патогенеза псориаза.

**Выводы.** Представленный клинический случай продемонстрировал безальтернативность варфарина, что позволяет оставаться основным антикоагулянтом для постоянного применения в ряде клинических ситуаций.

**Ключевые слова:** псориаз, варфарин, сердечно-сосудистые заболевания, фибрилляция предсердий.

### A CASE OF PLEIOTROPIC EFFECT OF WARFARIN ON THE CLINICAL PICTURE OF PSORIASIS

Aksunkhar Argynbyek<sup>1</sup>, Tamara A. Shamsutdinova<sup>2</sup>, Alina K. Sivenkova<sup>3</sup>, Vera N. Silakova<sup>4</sup>

<sup>1-4</sup>Ural state medical university Yekaterinburg, Russia

<sup>1</sup>akhsunkar@gmail.com

#### Abstract

**Introduction.** Warfarin has been used for decades to treat patients with atrial fibrillation, mechanical heart valves, deep vein thrombosis, to prevent pulmonary

embolism, as well as other pathological conditions accompanied by increased thrombosis. Most often, according to a number of indications, the dose of warfarin is selected until the values of INR from 2.0 to 3.0 are reached [1]. Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease with a dominant role in the development of genetic factors. According to numerous epidemiological studies, up to 5-7% of the population suffers from psoriasis [2]. **The aim of the study** - description and analysis of the observation of the beneficial effects of warfarin on the clinical course of psoriasis. **Materials and methods.** The object of the study is the medical history of a patient who was treated in the cardiology department of the GBUZ SO CGKB No. 1. The clinical and anamnestic research method was used. **Results.** Analysis of the clinical case of a patient K., 73 years old, undergoing examination and treatment in a cardiological inpatient department. The pleiotropic effect of warfarin on the course of psoriasis was revealed. **Discussion.** Against the background of anticoagulant therapy with Warfarin for atrial fibrillation, there is an improvement in the clinical picture of psoriasis, which may be due to the effect of this drug on the links of the pathogenesis of psoriasis. **Conclusions.** The presented clinical case demonstrated that there is no alternative to warfarin, which allows it to remain the main anticoagulant use in a number of clinical situations.

**Key words:** psoriasis, warfarin, cardiovascular diseases, atrial fibrillation.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Для псориаза характерно развитие коморбидных состояний, частично связанных общими патогенетическими механизмами с кожным процессом. К таким патологиям относятся: метаболический синдром (сахарный диабет, ожирение, гипертоническая болезнь), атеросклероз, приводящий к развитию кардиоваскулярных заболеваний, ХБП, нарушения со стороны ЖКТ, неалкогольная жировая болезнь печени, функциональные нарушения. Как следствие, пациенты с псориазом часто имеют более высокие показатели смертности и госпитализации, чем население в целом [3].

Пациенты с псориазом часто имеют повышенные медиаторы воспаления в крови, такие как С-реактивный белок, который является прогностическим фактором сердечно-сосудистого риска. Кроме того, у пациентов с псориазом наблюдается нарушение регуляции генов воспалительного и липидного обмена, которые, как было показано, связаны с атеросклерозом [4].

Варфарин является непрямым антикоагулянтом и предотвращает образование тромбов, снижая выработку ряда витамин-К зависимых белков свёртывания, а также противосвёртывающих белков [5].

**Цель исследования** - описание и анализ наблюдения благоприятного воздействия антикоагулянта непрямого действия, блокирующего синтез витамина К зависимых факторов свертывания крови, на клиническое течение хронического псориаза.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Объект исследования – история болезни пациента, проходившего лечение в кардиологическом отделении ЦГКБ № 1 г. Екатеринбург. Были изучены и проанализированы данные обследований с момента первого обращения за

медицинской помощью по поводу нарушения ритма. При написании работы использовался поиск литературных данных в базе eLibrary за 2016-2022 годы.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Разбор клинического случая: пациент К., 73 лет, поступил в кардиологическое отделение ЦГКБ № 1 по направлению от пульмонолога. Обратился с жалобами на приступообразный сухой кашель в ночное время, затруднение дыхания, заложенности в грудной клетке. Пациент ощущал давление за грудиной в ночное время, одышку при ходьбе в обычном темпе. Объективно: ЧСС 140 уд в мин. АД 160/100 мм. рт. ст. ЧД 18 в мин. После проведения ЭКГ выявлено трепетание предсердий неизвестной давности.

После проведения клинико-лабораторно-инструментального обследования в стационаре был установлен клинический диагноз: ИБС: нарушение ритма сердца. Пароксизмальная форма трепетания предсердий: пароксизм от 03.06.2016 г. без восстановления синусового ритма. ИБС: ПИКС (от 1994г.). Гипертоническая болезнь III стадия. АГ 3 степень, риск 4. Атеросклероз аорты, церебральных сосудов. ХСН II ФК по NYHA. Экстрасистолическая аритмия (по Холтеру от 27.06.2016г.).

Был назначен варфарин под контролем МНО, на фоне лечения которым наблюдалось улучшение клинической картины псориаза.

## **ОБСУЖДЕНИЕ**

Из анамнеза: дебют псориаза в 20 лет. Началось с высыпания вокруг пояса, чувства стягивания кожи, со слов пациента проходило в течение одного вечера. Принимал гидрокортизон в виде мази для наружного применения, отмечен положительный эффект. С 25 до 50 лет кожные проявления не беспокоили. После 50 постепенное начало развития псориаза, к врачу не обращался, самостоятельно смазывал места высыпания нафталиновой мазью.

Зимой 2018 года начал замечать улучшение клинической картины псориаза, пациент связывает это с приемом варфарина, к лету 2018 года все проявления псориаза прошли.

В апреле 2019 г. диагностированы стенокардия II ф.к. Постоянная ФП, тахиформа. ХСН III ФК. HAD2SVaSc – 4 б, HASBled – 3,4%. Ожирение II. ХБП 3а (на основании СКФ = 58 мл/мин). СД II типа, впервые выявленный.

В дополнение к варфарину принимает бисопролол 2,5 мг под контролем ЧСС, дигоксин 0,125 мг утром, симвастатин 40 мг вечером, спиронолактон 25 мг утром, эналаприл 10 мг \* 2 р/д, метформин 1000 мг вечером.

Вредных привычек нет. Наследственность по ССЗ отягощена: отец умер в 74 года от фибрилляции предсердий.

По данным объективного осмотра на июнь 2016 года (до начала терапии Варфарином) была выявлена распространенная форма псориаза. Обильные псориазические бляшки, локализованные на коже передне-боковой поверхности грудной клетки справа, в пояснично-крестцовой области в виде ромба до нижнего угла лопаток, циркулярные высыпания на 2\3 нижней конечности слева, на волосистой части головы, в области затылка, в ушной раковине, и единичные высыпания на передней брюшной стенке, на внутренней

поверхности бедра, паховой и ягодичных областях. Морфологическим элементом является папула ярко-красного цвета, разных размеров, плоская с шероховатой поверхностью и плотной консистенции, покрытые обильными наслоениями серебристо-белых, рыхлых, легко отпадающих чешуек в центре, а по периферии яркий, узкий ободок гиперемии, склонны к слиянию. Субъективно: умеренный зуд, не зависящий от времени суток.

После назначения Варфарина на момент осмотра в январе 2018 года отмечено затихание клинической картины, летом 2018 года полное отсутствие высыпаний, остались только рубцовые изменения в месте старых высыпаний. При регулярном измерении с 2016 по 2019 годы МНО находилось в целевом значении (2,5 ед). С 2019 года МНО не измерял, врача не посещал. С зимы 2020 года отмечает вновь постепенный возврат клинических симптомов.

На момент курации (02.03.22) состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Вес 111,3 кг. Рост 182,3 см. ИМТ 33,52. Гиперстеническое телосложение. ПЖК развита избыточно, распределена равномерно. Пастозность голеней. Кожные покровы физиологической окраски. Сыпь локализуется преимущественно в пояснично-крестцовой области, размером 9\*8 (см). Бляшки имеют плоскую форму, округлые и неправильные очертания, резко отграничены от окружающей здоровой кожи. Цвет папул ярко-красный. Поверхность шероховатая. Высыпания имеют плотноватую консистенцию, располагаются довольно равномерно, склонны к слиянию. Также имеются высыпания на передней и латеральной поверхности в средней трети голени, сыпь монотипна, представлена папулами разных размеров, покрытыми чешуйками. Зуда нет. На передней поверхности грудной клетки и брюшной стенке видны множественные рубцы на месте прежних высыпаний. Также множественные точечные рубцовые изменения по всему телу (рис. 1).



Рис. 1/ Локализация рубцовых изменений в период ремиссии псориаза в боковой и прямой проекциях.

Осмотр и пальпация области сердца: Область сердца видимо не изменена. Выпячиваний нет. Видимых пульсаций нет. Верхушечный толчок и сердечный толчок не определяются. При перкуссии сердца границы относительной

тупости: левая граница сердца - в 5 межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии, правая - в 5 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины. ЧСС 110 ударов в минуту, ритм неправильный. Шумы в сердце отсутствуют.

Пульс на лучевых артериях симметричный, аритмичный, 98 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД на левой руке 146/106 мм. рт. ст. Печень увеличена, размеры по Курлову 12\*10\*8 (см).

Сам пациент отмечает, что на сегодняшний день самочувствие лучше, чем в 2016 году, но работоспособность и выносливость снизились.

### **ВЫВОДЫ**

1. Псориаз связан с многочисленными сопутствующими заболеваниями, и выбор соответствующего по всем критериям лечения может стать сложной задачей. Некоторые лекарственные средства могут помочь при разных коморбидных состояниях. В связи с чем существует острая необходимость дальнейшего изучения влияния антикоагулянтов непрямого действия, применяемых при терапии ФП, на сопутствующие аутоиммунные заболевания, что позволит улучшить качество жизни пациентов.

2. У пациента, находящегося на терапии варфарином по поводу фибрилляции предсердий, отмечается значительное улучшение клинической картины псориаза, это может быть связано с влиянием данного препарата на звенья патогенеза псориаза, что на данный момент изучено недостаточно.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Радовиченко А. А., Самчук В. А. Актуальность варфарина в эпоху новых пероральных антикоагулянтов (обзорная статья) //Актуальные вопросы биологии и медицины. – 2021. – № 2. – С. 325.
2. Смирнова И. О., Владимирова И. С. Псориаз и сердечно-сосудистая коморбидность // Медицинский алфавит. – 2020. – № 6. – С. 18-21.
3. Псориаз: персонифицированный подход к терапии. Предпочтительный выбор системных агентов с учетом коморбидных патологий / Потеекаев Н. Н., Жукова О. В., Артемьева С. И. // Медицинский совет. – 2020. – №. 12. – С. 28-34.
4. Kidney disease and psoriasis a new comorbidity / González-Parra E., Daudén E., Carrascosa J. M. et al. // Actas Dermosifiliogr. – 2016;107(10):823–829.
5. Ruff, C.T. Pharmacogenetics of Warfarin Therapy. Clinical Chemistry. – 2018; 64 (11): 1558–1559.

### **Сведения об авторах**

А. Аргынбек – студент

Т.А. Шамсутдинова – студент

А.К. Сивенкова – студент

В.Н. Силакова – кандидат медицинских наук, доцент

### **Information about the authors**

A. Argynbyek – student

T.A. Shamsutdinova – student

A.K. Sivenkova – student

УДК 616.447

## **ВТОРИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ У ХИРУРГА, ЭНДОКРИНОЛОГА**

<sup>1</sup>Гульмира Анарбаевна Ашурбаева, Татьяна Петровна Киселева<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

<sup>2</sup>Городская клиническая больница №40, Екатеринбург, Россия

<sup>1</sup>gulmiraashurbaeva@bk.ru

### **Аннотация**

**Введение.** Статья посвящена выявлению возникновения ВГПТ, его прогрессирования при трудностях в подборе варианта проведения терапии у пациента с ХБП 5 стадии на программном гемодиализе. **Цель исследования** - описать тенденцию возникновения вторичного гиперпаратиреоза у пациента с ХБП 5 стадии с определением наиболее эффективного метода лечения. **Материалы и методы.** Клиническое наблюдение пациента А., 64 лет с ВГПТ на фоне ХБП – программного гемодиализа. **Результаты.** Пациентка А. с 03.12.2014 г. (8 лет) находится на программном гемодиализе 3 раза в неделю по 4 часа. Принимала минимальную дозу цинакальцета - 30 мг в сутки с прекращением приема из-за побочных эффектов в 2021-2022 гг. Сразу отмечается сохранение отрицательной динамики по ВГПТ. Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Рост 158 см, вес 60 кг. ИМТ=24,03 кг/м<sup>2</sup>. ЩЖ пальпаторно не увеличена, неоднородная, плотная, безболезненная, подвижная. АД - 120/80 мм рт. ст. ЧСС - 90 уд/мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, отеков нет. По лабораторным данным - гиперфосфатемия, гиперкальциемия, повышение ПТГ. КТ - данные соответствуют аденоме паращитовидных желез. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. **Обсуждение.** Из-за некупируемой фосфатемии и гиперкальциемии невозможно было назначение альфакальцидола. Изменение биохимических показателей крови (увеличение уровня креатинина, мочевины, калия, ферритина и снижение трансферрина) связано с ХБП и хронической анемией. **Выводы.** Тенденция к возникновению ВГПТ при ХБП происходит на фоне длительного программного гемодиализа. При невозможности проведения медикаментозной терапии в полноценных дозах происходит отрицательная динамика течения ВГПТ, что влечет к определению показаний к хирургическому лечению ВГПТ (удалением аденомы/гиперплазии околощитовидной железы).

**Ключевые слова:** вторичный гиперпаратиреоз, тенденция и гиперпаратиреоз, терапия гиперпаратиреоза.

## **SECONDARY HYPERPARATHYROIDISM BASED ON THE MATERIALS OF THE APPEAL TO THE SURGEON, ENDOCRINOLOGIST**

<sup>1</sup>Gulmira A. Ashurbaeva, Tatiana P. Kiseleva<sup>2</sup>