

Секция: Медицинские науки

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

*кандидат медицинских наук, доцент,
профессор кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова
г. Алматы, Республика Казахстан*

Жангелова Шолпан Болатовна

*кандидат медицинских наук, доцент,
профессор кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова
г. Алматы, Республика Казахстан*

Тыналиева Шынар Айтжановна

*заведующая кардиологическим отделением №3
Городской кардиологический центр
г. Алматы, Республика Казахстан*

Замзаева Бахытгуль Джанабаевна

*врач-ординатор
Городской кардиологический центр
г. Алматы, Республика Казахстан*

Санақ Ақерке Ақылбайқызы

*резидент
Казахский НИИ кардиологии и внутренних болезней
г. Алматы, Республика Казахстан*

Ордабаева Алтынай Жанатқызы

резидент

Казахский НИИ кардиологии и внутренних болезней

г. Алматы, Республика Казахстан

Таласбаева Меруерт Бекболатқызы

резидент

Казахский НИИ кардиологии и внутренних болезней

г. Алматы, Республика Казахстан

Бекжан Марал Абдиманатқызы

резидент

Казахский НИИ кардиологии и внутренних болезней

г. Алматы, Республика Казахстан

К ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ВАРФАРИНОМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Целью нашего исследования явился анализ истории болезни больного, получавшего в комплексной терапии варфарин в дозе по 3,75 мг под контролем МНО.

Материал и методы. Больной Б., 69 лет, поступил в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ) с жалобами: на давящие боли за грудиной, в области сердца, без иррадиации, продолжительностью более 15-20 мин, нитраты не принимал, одышку при незначительной физической нагрузке, учащенное сердцебиение, общую слабость, отсутствие аппетита, мочу с кровью.

Из анамнеза: Нарушение ритма по типу фибрилляции предсердия около 2-3 лет, получал лечение у кардиолога по месту жительства. За месяц до поступления обратился к аритмологу по поводу нарушения ритма по типу фибрилляции предсердия, где больному было рекомендовано

радио-частотная абляция (РЧА) в плановом порядке, так же назначен варфарин по 3,75 мг под контролем МНО.

Результаты и обсуждение. Через 2 недели пациент заметил покраснение мочи, прекратил прием варфарина. У пациента резко ухудшилось состояние, появились боли в животе. На следующий день стали беспокоить учащенное сердцебиение, одышка, в связи с чем, скорой медицинской помощью был доставлен в ГКЦ.

На КТ органов грудной клетки - ХОБЛ. Эмфизематозная булла на верхушке справа. Эмфизема легких. Поствоспалительные изменения в средней доле. Плевральные спайки и наслоение в базальных отделах.

На ЭФГДС: Хроническая язва луковицы 12 п.к, вне обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы 12п.к.

УЗДГ: Атеросклероз брюшной аорты. Брюшная аорта на всем протяжении не расширена. Чревный ствол, верхне-брыжеечная артерия диаметры в пределах нормы, не сужены. Данные за аневризму брюшной аорты не выявлены.

При поступлении: состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие. Рост-168. Вес-60. ИМТ-21 Дыхание свободное, через нос, число дыхательных движений 18 в 1 мин. при выслушивании - ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритм неправильный. АД 110/70 мм.рт.ст. Число сердечных сокращений 80 в мин. Язык влажный. Живот мягкий, при пальпации умеренно чувствителен в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательны с обеих сторон. Стула не было 3 дня. Симптом поколачивания в поясничной области - отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное, моча красного цвета .

ЭКГ: Фибрилляция предсердий с ЧСС 110-140 в мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия ЛЖ.

ЭхоКГ: Стенка аорты и створки клапанов уплотнены. Полости сердца не расширены. Зон гипокинеза не выявлено. Сократительная функция ЛЖ (по Симпсону-70%) и ПЖ в норме. Доплер ЭХОКГ: Регургитация на АК 0-I степени. Регургитация на МК I степени. Регургитация на ТК 0-I степени.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения паренхимы печени. Хронический панкреатит. Хронический пиелонефрит.

КТ органов брюшной полости: хронический калькулезный панкреатит. Простые кисты печени. Жировая дегенерация печени, 1-2 ст. Аденопатия парааортальной области.

МНО при поступлении - не определяется. В последующем - МНО -5.95; 7.17; 3,66; 3.09; 2.01; 2.03. Д- димер 652 нг/мл; Тропонin 0,009 нг/мл; 0.008 нг/мл.

Общий анализ крови в динамике: Эритроциты $4.8 \cdot 10^{12}/л$; $4.16 \cdot 10^{12}/л$; $3,30 \cdot 10^{12}/л$; $2,90 \cdot 10^{12}/л$; $3.09 \cdot 10^{12}/л$; Гемоглобин 144 г/л; 123.0 г/л; 95 г/л; 84 г/л; 97.0 г/л; 107 г/л. Цветовой показатель 43.0; Тромбоциты $213 \cdot 10^9/л$; $261.0 \cdot 10^9/л$; $162 \cdot 10^9/л$; $231 \cdot 10^9/л$; $113 \cdot 10^9/л$. Лейкоциты $10.1 \cdot 10^9/л$; $12.9 \cdot 10^9/л$; $9,5 \cdot 10^9/л$; $8,8 \cdot 10^9/л$; $5.3 \cdot 10^9/л$; Палочкоядерные 2 %; Сегментоядерные 62 %; Моноциты 11 %; Лимфоциты 25 %; Скорость оседания эритроцитов 45 мм/(час); Анизоцитоз эритроцитов: макроциты, микроциты +.

Коагулологические исследования крови: протромбиновое время 68.5 сек; 82.7 сек; 39,7 сек; 19,1сек.; 22.9 сек. 23.1 сек; 35.3 сек; Фибриноген 3,9 г/л; 4,45 г/л; АПТВ 60,9 сек; Тромбиновое время 14,3 сек; Антитромбин III 64,2 %; Агрегация тромбоцитов - с ристоцетином - 8 сек (норма 5 - 10 сек). с АДФ - 9 сек (норма 5-10 сек), с коллагеном - 13 сек. (норма 10-15сек). Коагулограмма (иммунотест): бета.нафт.тест ++, этан тест- отр, РФМК- 10,0, фибринолиз -8 мин, система протеин С- 0,71.

Биохимические анализы крови: Общий белок 55.77 г/л; мочевины 13.62 ммоль/л; Креатинин 86 ммоль/л; Глюкоза 8.18 ммоль/л;

Иониз.кальций 1,13 ммоль/л; Калий 3,6 ммоль/л; Натрий 134 ммоль/л; Магний 0,92 ммоль/л; Холестерин общий 2,2 ммоль/л; Холестерин ЛПВП 1,10 ммоль/л; Холестерин ЛПНП 0,99 ммоль/л; Триглицериды 0,57 ммоль/л; КОА 1,0; Риск ИБС 0,9; Клубочковая фильтрация 58 мл/мин; в/ч СРБ 9.87 мг/л;

Билирубин общий 2.53 мкмоль/л; 73,3 мкмоль/л; 67.28 мкмоль/л;
Билирубин прямой 16,6 мкмоль/л, 23.8 мкмоль/л;

АлаТ 37.4 u/l; 208 u/l; 266 u/l; 80.24 u/l; АсаТ 23.63 u/l; 119,12 423 u/l; 54.15 u/l;

ОАМ: эритроциты 66443 /uL; Лейкоциты 6436 /uL; Эритроциты бол.-к-ве /uL; Лейкоциты 2-3-4 /uL; Бактерии +++ /uL; Слизь ++ /uL; Белок 0,066; рН 5,5; Уд. вес 1025; Цвет - желт; Прозрачность сл/м;

Консультация гематолога: медикаментозная коагулопатия. Постгеморрагическая анемия, средней степени тяжести в сочетании с анемией хронического заболевания.

Заключение консилиума: ИБС. Нестабильная стенокардия III В класс по Браунвальду. Нарушение ритма по типу фибрилляции предсердий, персистирующая форма. CHA₂DS₂VASc- 2 баллов, HAS-BLED-4 баллов. КТ III по EHRA. ХСН с сохраненной ФВ (по Симпсону 70%), стадия IIА. ФКЗ (NYHA). Коагулопатия, обусловленная приемом варфарина. Острая постгеморрагическая анемия, средней степени тяжести

За время нахождения в стационаре самочувствие больного улучшилось, на ЭКГ положительная динамика, синусовый ритм восстановлен. МНО-2,03. Выписывается под наблюдение участкового терапевта, кардиолога, гематолога.

Выводы. Главным правилом приёма варфарина является регулярное врачебное наблюдение и определение МНО, с дальнейшей коррекцией дозы под контролем МНО - особенно у пациентов с патологией в печени [1, с. 72-76; 2, с. 2-52; 3, с. 43; 4, с. 74-86; 5, с. 107-111].

Литература

1. Прасолов Н.В., Шулутко Е.М., Буланов А.Ю., Яцков К.В., Щербакова О.В. Экстренная терапия кровотечений у пациентов, принимающих варфарин. *Анестезиология и реанимация*. – 2015. - 60(2). - 72-76.
2. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО). *Флебология*. – 4. – 2015. – Выпуск 2. – С. 2-52.
3. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 56377-2015. Клинические рекомендации (протоколы лечения). Профилактика тромбоэмболических синдромов. - 43 с.
4. Кропачева Е.С. и соавт. Быстрые темпы насыщения варфарином— предиктор развития чрезмерной гипокоагуляции. Модернизация алгоритма подбора дозы варфарина. *Атеротромбоз*. – 2015. - №1. - С. 74-86.
5. Кропачева Е.С. Фармакогенетика варфарина. *Атеротромбоз*. – 2015. - №1. – С. 107-111.