

ID: 2016-08-4109-R-6550

Краткое сообщение

Афанасьева Т.Н., Паршина С.С., Петрова В.Д., Капланова Т.И.
Опыт применения антикоагулянтов в практике кардиолога
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Afanasyeva T.N., Parshina S.S., Petrova V.D., Kaplanova T.I.
Experience of application of anticoagulants is in practice of cardiologist
Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky

Abstract

There were examined 14 patients with atrial fibrillation, getting the anticoagulants of different groups: warfarin, pradaxa, rivaroxaban, apixaban. Charts and doses of preparations are approved depending on control of coagulogram and side effects of preparations.

Keywords: atrial fibrillation, anticoagulants, hypocoagulation, hypercoagulation, side effects

Ключевые слова: антикоагулянты, кардиолог

Мерцательная аритмия является одной из самых частых причин обращения пациентов к кардиологу. В основе ее лежат различные факторы, но чаще всего - это артериальная гипертензия и ИБС. Следствием фибрилляции предсердий являются нарастающая сердечная недостаточность, нарушение мозговой гемодинамики, различные кардиалгии, но самым грозным осложнением мерцания предсердий остаются тромбозы различных сосудистых бассейнов.

Продолжается поиск антикоагулянтов, которые при правильном применении способны уменьшить риск тромбообразования.

Амбулаторному врачу-кардиологу приходится работать с различными антикоагулянтами, оценивать их положительные и отрицательные черты, побочные действия при длительном применении и постоянно отвечать на вопрос: достигнута ли управляемая гипокоагуляция и какой ценой.

Одним из самых доступных и изученных антикоагулянтов по-прежнему остается варфарин. Действие его хорошо изучено, описаны показания и противопоказания, сочетание с другими лекарственными средствами, диетическая зависимость, помощь при побочных действиях.

Но вопросов остается очень много, и прежде всего, правильно ли мы лечим.

Под наблюдением находилось 5 пациентов с неклапанной формой фибрилляции предсердий. Возраст пациентов колебался от 50 до 65 лет. Все больные страдали артериальной гипертензией, дислипидемией и ИБС. Пациенты были выписаны из различных кардиологических отделений г. Саратова через 2 недели после начала терапии варфарином с подобранной дозой препарата: МНО от 2 до 3 ед. (в среднем 2,4-2,5)

В ходе наблюдения было выявлено, что у 2 пациентов целевой показатель МНО оставался стабильным, не было осложнений проводимой терапии. Однако, у 3 больных МНО превышало 3,5, что заставило пересмотреть предложенную схему лечения и уменьшить дозу препарата (в среднем 7,5 мг) на ¼ таблетки. При этом временно были отменены и антиагреганты (ацетилсалициловая кислота в дозе 50-75 мг/сутки). При дальнейшем наблюдении МНО резко снижалось до 1,3 – 1,5, что являлось неблагоприятным признаком и свидетельствовало о возможном переходе к гиперкоагуляции.

Для достижения желаемого эффекта эмпирическим путем нами была предложена дробная схема лечения варфарином: 4 дня в неделю пациенты получали 7,5 мг/с, а 3 дня - 6.25 мг/с. При апробации такой схемы лечения МНО определялось каждые 3 дня, и в течение 9 дней была достигнута желаемая цель: МНО сохранялось на цифрах 2,5 – 2.6. Побочных действий варфарина при этом выявлено не было.

Интересно отметить, что при МНО 3.5 – 3,6, помимо отмены препарата на 2 дня, пациентам была рекомендована диета с повышенным содержанием витамина К (зеленый чай, авокадо, зеленый салат, капуста), что по-видимому, сыграло определенную роль в уменьшении гипокоагуляционного эффекта варфарина.

По данным исследований, посвященных варфарину (Е.С.Кропачева, Н.Н. Боровков и др., 2015г.), антикоагулянтный эффект варфарина в подавляющем большинстве связан с носительством неблагоприятного генотипа – AA VKORC₁, что влияет на темпы насыщения и выведения варфарина и обуславливает выраженный гипокоагуляционный эффект в ряде случаев. При этом авторы дают четкие рекомендации: достижение целевого МНО на 3 - 5 день лечения говорит о склонности к кровотечениям и предусматривает особый контроль за такими пациентами (генетическое обследование), в то время как достижение целевого МНО на 7 день является благоприятным и прогностически более спокойным в отношении побочных действий варфарина.

Обращает на себя внимание еще один «не совсем понятный» феномен: появление подкожных геморрагий при недостигнутом целевом МНО. По-видимому, МНО далеко не единственный показатель, свидетельствующий о действии варфарина на систему гемостаза. Этот вопрос заслуживает дальнейшего изучения и обсуждения.

С учетом вышеперечисленных трудностей, кардиологи назначают другие антикоагулянты: дабигатран, ривароксабан и апиксабан.

Под наблюдением находились 4 больных ИБС, осложненной фибрилляцией предсердий, сопоставимых по полу и возрасту с группой пациентов, леченных варфарином, которые принимали препарат прадакса 150 мг 2 раза в день с хорошим гипокоагуляционным эффектом (АЧТВ – 60 -70 сек) без побочных действий от назначенной терапии.

Однако у 2 пациентов из четырех после недельного приема препарата появились и нежелательные эффекты: тошнота, неприятные ощущения в области живота, отрыжка, и пациенты отказались от приема препарата. Следует помнить, что по мнению Кочмаревой Е.А. и соавт. (2015г) назначение ингибиторов протонной помпы в качестве сопутствующей терапии снижает кишечную

абсорбцию препарата и, соответственно, желаемый гипокоагуляционный эффект. По-видимому, пациентам с патологией желудочно-кишечного тракта следует рекомендовать группу ривароксабана и апиксабана.

Под наблюдением находились 5 человек с аналогичной патологией, из которых 3 получали ривароксабан (20 мг/сутки) и 2 – апиксабан (5 мг/сутки). Никаких проявлений патологии со стороны желудочно-кишечного тракта выявлено не было. У одного из 3 человек, получавших препарат ксарелто (ривароксабан), появилась кровоточивость десен, не требующая отмены препарата и прошедшая в течение недели после уменьшения дозы препарата (15 мг/с). Еще у одного пациента увеличилось АЧТВ до 80 сек, что требует осмысления и логического объяснения. Препарат был отменен на 2 дня, а затем назначен в меньшей дозировке – 15 мг/с с последующим нормальным результатом коагулограммы.

Таким образом, необходимость приема антикоагулянтов при мерцательной аритмии у больных ИБС не вызывает никакого сомнения, однако следует учитывать не только общие патогенетические, но и индивидуальные реакции организма при приеме антикоагулянтов различных групп.