

ЭХО АТЕРОШКОЛ

Вопрос. Как вести больных, получающих варфарин в связи с наличием мерцательной аритмии, при развитии декомпенсации ХСН и снижении белковосинтетической функции печени?

Ответ. В таких случаях повышение МНО может быть связано не только с действием варфарина, так как при явлениях застоя в печени может снижаться синтез протромбина. Как правило, при явлениях декомпенсации мы переводим больных на парентеральные антикоагулянты, например, низкомолекулярные гепарины, в дозе, применяемой при лечении венозных тромбозов. В дальнейшем при достижении компенсации ХСН больного следует перевести на антагонисты витамина К по существующим правилам.

Вопрос. Каково Ваше мнение о целесообразности гирудотерапии у больных ХСН и мерцательной аритмией?

Ответ. Медицинские пиявки выделяют гирудин, который препятствует свёртыванию крови, однако, доказательств того, что с помощью гирудотерапии можно эффективно осуществлять профилактику тромбозов, нет. Кроме того, очевидно, о точном дозировании поступления антикоагулянта в организм речи здесь идти не может.

Вопрос. На какой срок нужно назначать варфарин после операции коронарного шунтирования?

Ответ. С точки зрения медицины доказательств, варфарин не улучшает исходов у больных, перенесших операцию коронарного шунтирования, и поэтому не является обязательным для данной категории больных. Исключением являются пациенты, имеющие иные показания к приёму антагонистов витамина К, такие как мерцательная аритмия, тромбоз полости левого желудочка, искусственный клапан сердца, венозные тромбозы, врождённые тромбофилии.

Вопрос. Ваше мнение относительно возможности отмены варфарина у больных фибрилляцией предсердий через 3 месяца после катетерной абляции в случае устойчивого сохранения синусового ритма?

Ответ. В случае успешной процедуры и уверенности в устранении фибрилляции предсердий, варфарин может быть отменён. Полагают, что это можно сделать через 3-4 месяца после вмешательства, так как за это время должен «зажить» участок эндокарда, подвергнутый радиочастотной абляции и устраниться угроза образования тромба в полости сердца.

Вопрос. Каковы особенности назначения гепаринов при остром коронарном синдроме без подъёма сегмента ST на ЭКГ у больных, постоянно принимающих варфарин?

Ответ. Всё зависит от величины МНО. Гепарин можно назначить при значениях МНО 2,0-2,2, при этом варфарин следует отменить. Перед назначением гепаринов следует определить АЧТВ и количество тромбоцитов, а при назначении низкомолекулярных гепаринов — уровень креатинина.

Вопрос. Больной 54 лет, получает аспирин и клопидогрел в связи с установкой стента с лекарственным покрытием в течение 4-х месяцев. Дважды была макрогематурия. Ваша тактика?

Ответ. Прежде всего, искать источник кровотечения и при возможности его устранить. Исключить в течение года все возможные провоцирующие гематурию факторы (приём нестероидных противовоспалительных препаратов, алкоголя и пр.). Если этих мер недостаточно, гематурия рецидивирует и перед Вами стоит вопрос какой из двух антиагрегантов отменить, то сначала советуют отменить аспирин. Если и в данной ситуации кровотечения продолжаются

и угрожают жизни больного, придется отменить оба антиагреганта.

Вопрос. Больная 50 лет, протезирован митральный клапан протезом МИКС. МНО при суточной дозе варфарина 1,25 таблетки по 2,5 мг составляло 1,8-2,3. После присоединения к терапии амиодарона в насыщающей, а затем поддерживающей дозе 200 мг в день значения МНО в двух последовательных анализах выросли до 4,0. Нужно ли уменьшать дозу варфарина?

Ответ. Да, нужно. Амиодарон является ингибитором изофермента CYP2C9, который принимает участие в метаболизме варфарина, поэтому значения МНО могут увеличиваться на фоне их совместного приема. В данном случае необходимо подобрать дозу варфарина на фоне постоянного приёма амиодарона. Если в дальнейшем амиодарон будет отменён, дозу варфарина вновь придётся скорректировать в соответствии со значениями МНО.

Вопрос. Если у больного имеются показания к приёму варфарина (обширный передний инфаркт миокарда с формированием аневризмы и тромба в области верхушки), но при этом есть и артериальная гипертензия с цифрами АД 160-170/90-100 мм рт. ст. Опасно ли назначение варфарина при таких цифрах АД?

Ответ. Да, опасно. У такого пациента необходимо добиться снижения АД до 140-150/70-80 мм рт. ст. Как правило, это удаётся сделать при комбинации нескольких гипотензивных препаратов. После стабилизации АД можно назначить варфарин.

Вопрос. Является ли миома матки противопоказанием для назначения антагонистов витамина К?

Ответ. Всё зависит от риска кровотечения. Если его нет, то при наличии показаний антагонисты витамина К использовать можно, но перед назначением следует проконсультироваться с гинекологом в отношении возможного риска кровотечения.

Вопрос. Перед кардиоверсией мы применяем нефракционированный гепарин по 10 тысяч единиц подкожно дважды в день. Правильно ли это?

Ответ. Неправильно. Перед кардиоверсией, независимо от её способа, необходимо, во-первых, убедиться в отсутствии тромбов в полостях сердца с помощью чреспищеводного ультразвукового исследования сердца и создать адекватную антикоагуляцию, которая будет препятствовать тромбообразованию после восстановления ритма сердца. Это можно сделать и с помощью низкомолекулярных гепаринов, вводя их в дозе для лечения венозного тромбоза, и с помощью нефракционированного гепарина, но в этом случае необходимо контролировать АЧТВ, добиваясь его удлинения в 1,5-2,5 раза от верхней границы нормы для данной лаборатории.

Если нет возможности исключить наличие тромбов в полостях сердца и пароксизм фибрилляции предсердий длится более 48 часов или его длительность неизвестна, то пациента нужно готовить с помощью антагонистов витамина К не менее 3-х недель, поддерживая значения МНО в диапазоне 2,0-3,0.

Ответы подготовила
Панченко Е.П.