

**ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького»**

**Тактика
при кровотечениях
на фоне антикоагулянтной
терапии**

д.мед.н., проф. Ватутин Н.Т.

Донецк – 2020

Актуальность

- **Приобретенные коагулопатии - один из наиболее часто встречаемых синдромов критических состояний.**
- **Клинические признаки коагулопатии (кровотечения) наблюдаются у 16%, а лабораторные - у 66% пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии.**
- **Одной из причин развития приобретенной коагулопатии является передозировка антикоагулянтов.**



2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS

The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC)

Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC

Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)

Authors/Task Force Members: Paulus Kirchhof^{*} (Chairperson) (UK/Germany), Stefano Benussi^{*1} (Co-Chairperson) (Switzerland), Dipak Kotecha (UK), Anders Ahlsson¹ (Sweden), Dan Atar (Norway), Barbara Casadei (UK), Manuel Castella¹ (Spain), Hans-Christoph Diener² (Germany), Hein Heidbuchel (Belgium), Jeroen Hendriks (The Netherlands), Gerhard Hindricks (Germany), Antonis S. Manolis (Greece), Jonas Oldgren (Sweden), Bogdan Alexandru Popescu (Romania), Ulrich Schotten (The Netherlands), Bart Van Putte¹ (The Netherlands), and Panagiotis Vardas (Greece)

Document Reviewers: Stefan Agewall (CPG Review Co-ordinator) (Norway), John Camm (CPG Review Co-ordinator) (UK), Gonzalo Baron Esquivias (Spain), Werner Budts (Belgium), Scipione Carerj (Italy), Filip Casselman (Belgium), Antonio Coca (Spain), Raffaele De Caterina (Italy), Spiridon Deftereos (Greece), Dobromir Dobrev (Germany), José M. Ferro (Portugal), Gerasimos Filippatos (Greece), Donna Fitzsimons (UK),

^{*} Corresponding authors: Paulus Kirchhof, Institute of Cardiovascular Sciences, University of Birmingham, SVEB1 and LHB HHS trusts, BR, Room 136, Welford Drive, Birmingham B15 2TT, United Kingdom. Tel: +44 121 4147042, E-mail: p.kirchhof@bham.ac.uk; Stefano Benussi, Department of Cardiovascular Surgery, University Hospital Zurich, Rämistrasse 100, 8091 Zürich, Switzerland. Tel: +41(0)789133935, E-mail: stefano.benussi@usz.ch

¹ Representing the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

² Representing the European Stroke Association (ESA)

ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) and National Cardiac Societies Reviewers can be found in the Appendix.

ESC entities having participated in the development of this document:

Associations: European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation (EACPR), European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), European Heart Rhythm Association (EHRA), Heart Failure Association (HFA)

Councils: Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, Council for Cardiology Practice, Council on Cardiovascular Primary Care, Council on Hypertension

Working Groups: Cardiac Cellular Remodeling, Cardiovascular Pharmacotherapy, Genetic Cardiovascular Disease, Therapeutic, Vascular Heart Disease



HANDBOOK OF VENOUS DISORDERS

THIRD EDITION

Guidelines of
the American Venous
Forum

Edited by
Peter Gloviczki

Associate Editors
Michael C. Dalsing, Bo Eklöf, Gregory L. Moneta,
Thomas W. Wakefield

Тактика при передозировке варфарина, без кровотечения

- **МНО в пределах 3-5, нет кровотечения – ↓ дозу / пропустить прием В. Если незначительно выше верхней границы, то ↓ дозу необязательно.**
- **МНО 5-9, нет кровотечения – пропустить 1-2 последовательных приема В. При риске кровотечения- вит К 1-2,5 мг внутрь.**
- **МНО \geq 9, нет кровотечения – отмена В. Вит К 2,5-5 мг внутрь. Ежедневный контроль МНО, при необходимости- доп. вит К.**

Тактика при активном кровотечении на фоне приема АК

- **Выполнить механическую компрессию места кровотечения**
- **Оценить гемодинамику, коагулограмму, общий анализ крови и функцию почек**
- **Оценить антикоагулянтный анамнез (прием последней дозы АК)**

Неотложная помощь при кровотечениях во время приёма варфарина

- **Малое кровотечение – отмена В до МНО менее 2,0.**
- **Средней тяжести – отмена В, вит К 10 мг в/в кап., свеж. плазма, концентрат протромбинового комплекса (протромплекс) или рекомбинантный фактор VIIa.**
- **Большое/жизнеопасное – отмена В, вит К 10 мг в/в кап., свеж. плазма, концентрат протромбинового комплекса (протромплекс) или рекомбинантный фактор VIIa.**

Неотложная помощь при кровотечениях во время приёма новых антикоагулянтов

- Малое кровотечение - отмена препарата на сутки.
- Средней тяжести - восстановление ОЦК, переливание эр. массы, устранение причины (гастроскопия), сорбенты/промывание желудка при последней дозе < 4 ч.
- Большое/жизнеопасное - специфический антидот (**идаруцизумаб** - для дабигатрана, **андексанет-альфа** - для ингибиторов фактора Ха). Переливание свеж. плазмы, тромбоконцентрата, препарата протромбинового комплекса.

Рекомендации по минимизации риска кровотечениях во время приёма антикоагулянтов

- Контроль гипертензии
- Устранение источника ЖКК. При риске ЖКК - использовать варфарин или малые дозы НОАК -- дабигатран (прадакса) 110 мг x 2 р/сут, апиксабан (эликвис) - 5 мг x 2 р/сут
- У лиц >75 лет применять малые дозы НОАК - дабигатран (прадакса) 110 мг x 2 р/сут, апиксабан (эликвис) - 5 мг x 2 р/сут
- МНО в терапевтическом диапазоне 2,0-3,0 > 70% (при невозможности контроля - применять НОАК)
- Отказ от алкоголя
- Не назначать антикоагулянты пациентам с высоким риском падений и деменцией
- Не применять гепарины при вынужденной временной отмене НОАК
- На фоне варфарина не менять пищевой, питьевой и медикаментозный режим
- ❖ Пожилые должны находиться под тщательным наблюдением, т.к. имеют высокий риск развития кровотечений.

Клинический случай

Пациентка М., 77 лет, 15.03.2018 г. доставлена родственниками в санпропускник клиники.

Жалобы:

- на выраженную одышку
- слабость
- сердцебиение
- кашель и кровохарканье в течении 2-х недель.

Анамнез жизни и заболевания:

- В юности часто болела ангинами, перенесла тонзилэктомию.
- В 2009 г. - перенесла ишемический инсульт, тогда же была выявлена ФП и митральный порок.
- В 2010 г. - протезирование МК (механический протез), назначен варфарин. МНО контролировала регулярно.
- В 2017 г. - после «транзиторной ишемической атаки», резко ухудшилась память. МНО контролировала редко, дозу варфарина регулировала самостоятельно от 2,5 до 5 мг/сут.

Данные объективного осмотра:

- Состояние тяжелое, на вопросы отвечает с трудом, путает события и даты.
- Кожные покровы - бледные, на коже туловища, рук и ног - множественные геморрагические высыпания: петехии, экхимозы. Наиболее крупные - слева на животе (до 20 см в диаметре), внутренней части левого бедра (до 15 см) и левого предплечья (до 8 см).
- На языке - гематома до 1,5 см в диаметре багрового цвета, возвышающаяся над поверхностью.



Рисунок 1. Обширная гематома в левом подреберье с переходом на поясницу.

Данные объективного осмотра:

- **В легких дыхание везикулярное, ослабленное, 30/ мин, в нижних отделах с двух сторон - мелкопузырчатые хрипы, в межлопаточной области - сухие хрипы.**
- **Деятельность сердца аритмичная, мелодия механического протеза, пульс 120/ мин, дефицит до 40/ мин, АД 140/80 мм рт. ст.**
- **Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Нижний край печени (перкуторно) - на уровне пупка.**
- **Отечность стоп, голеней.**

Обследована:

- В анализе крови: эр. – 2.08 Т/л, Нв – 76 Г/л, Нт-21%, лейкоц. -15.9 Г/л, тромб. -748 Г/л.
- МНО – 15,58

Диагностирована:

- ВАРФАРИНИНДУЦИРОВАННАЯ КОАГУЛОПАТИЯ

Госпитализирована:

- в отделение реанимации клиники.

Осмотр невролога:

- **Выставлен диагноз:
Многоочаговое поражение
головного мозга, вследствие
повторных кардиогенных эмболий
с немыми лакунарными
инфарктами, тяжёлыми
когнитивными расстройствами
(деменция).**

Лечение:

- отмена варфарина
- трансфузии свежезамороженной плазмы, эр. массы
- викасол
- феррум лек
- борьба с дыхательной недостаточностью - кислород
- сердечной недостаточностью - фуросемид, бисопролол, лизиноприл, дигоксин
- ежедневный контроль МНО

На фоне проводимой терапии:

- Состояние улучшилось, кровохарканье и гематурия исчезли, уменьшились застойные явления в большом и малом кругах кровообращения, достигнута нормосистолия.
- В анализе крови от 20.03.2018 г.: Эр – 3,0 Т/л, Нь – 96г/л, Нт - 30%, МНО - 1,92.
- Пациентка была переведена в отделение реабилитации, где под контролем МНО возобновлён приём варфарина.
- На 12-е сутки пребывания в клинике, при уровне МНО 2,6, выписана на амбулаторное лечение.

Рекомендации

- Перед выпиской была проведена беседа с её родственниками о важности соблюдения подобранной дозы варфарина, регулярного контроля МНО, приёма сопутствующих препаратов и регулярного наблюдения участковым персоналом.

Резюме:

- Мы наблюдали пожилую пациентку с деменцией, у которой на фоне передозировки варфарином развился тяжёлый гипокоагуляционный синдром.

Выводы:

- Лечение пожилых пациентов следует проводить с особыми предосторожностями, поскольку синтез факторов свертывания и печеночный метаболизм у них снижается, а риск появления когнитивных нарушений нарастает
- На фоне приёма варфарина не следует менять пищевой, питьевой и медикаментозный режим (при смене – ознакомиться с инструкцией к препарату и принять необходимые меры!)
- Терапия варфарином должна строго контролироваться пациентом, а при невозможности (алкоголизм, когнитивные расстройства, деменция) – родственниками или медперсоналом.

Спасибо за внимание!