

3. Пасмешвили, Л.М. Справочник участкового терапевта: диагностика, обследование, лечебная тактика / Л.М. Пасмешвили, Л.Н. Бобро, В.Е. Шапкин, А.А. Заздравнов // Серия «Медицина для вас», Ростов-на-Дону: Феникс, - 2003. – 384 с.

СЛУЧАЙ ПЕРЕДОЗИРОВКИ ВАРФАРИНА С РАЗВИТИЕМ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Водоевич В.П., Брейдо А.А., Зарецкая С.Т., Онисько И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница №4 г.Гродно»

В подробной «Инструкции по медицинском применению лекарственного средства» указано, что варфарин в случае передозировки вызывает кровотечения из внутренних органов, в том числе, из почек. В то же время отдельной графой в инструкции описывается побочное действие варфарина, где указывается, что гематурия возникает редко ($\geq 1/10000$ до $< 1/1000$).

Нами описывается случай передозировки варфарина с выраженной макрогематурией и развитием острой почечной недостаточности (ОПН).

Пациент Ф., 75 лет (история болезни № 9750), поступил в терапевтическое отделение ГKB № 4 г.Гродно 17.10.2014 г. с диагнозом хронического тубулоинтерстициального нефрита с макрогематурией, что и послужило поводом для госпитализации. Из анамнеза выяснено, что пациент в 2003 и 2007 годах перенес инфаркты миокарда, было произведено стентирование. После второго инфаркта сорвался ритм сердца – наступила фибрилляция предсердий. Пациенту было рекомендовано принимать амиодарон и для профилактики тромбообразования – варфарин под контролем свертывающей системы крови (МНО - международное нормализованное отношение). Пациент регулярно принимал эти препараты и контролировал МНО через каждые 4 недели. Доза варфарина почти постоянно была 5 мг в день. 2 месяца назад кардиолог увеличил дозу до 10 мг (по данным МНО). Пациент 2 месяца принимал варфарин, но контроль МНО не производил, ссылаясь на очереди в поликлинике. 14.10.2014 г. заметил красноватый цвет мочи, за медицинской помощью не обращался, а обратился только 17.10.2014 г., когда моча стала насыщенно красного цвета (цвет мясных помоев).

Состояние пациента при поступлении – средней степени тяжести. Кровоподтеков, синяков и кровотечений из других внутренних органов (легкие, ЖКТ), судя по жалобам, не имеется. В легких – ослабленное везикулярное дыхание и единичные сухие хрипы справа и слева от грудины (пациент страдает ХОБЛ). Аускультативно и по ЭКГ со стороны сердца – мерцание предсердий, нормасистолический вариант, АД 160/90 мм рт.ст., печень выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии на 3 см (опущена за счет эмфиземы легких), живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без очаговых и инфильтративных теней, корни фиброзно изменены, сердце расширено в поперечнике, аорта склерозирована в области дуги.

УЗИ почек и предстательной железы: размеры левой и правой почки не увеличены, паренхима однородная; признаки доброкачественной гиперплазии предстательной железы, остаточная моча 54 мм.

Содержание гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов, СОЭ – в пределах нормы. В ОАМ – сплошным слоем эритроциты, цвет – бурый, осадок – кровянистый.

Биохимический анализ крови: мочевины – 12,8 ммоль/л, креатинин – 119 мкмоль/л; общий белок крови, холестерин, сахар, билирубин – в пределах нормы; ПТИ (протромбиновый индекс), фибриноген, МНО – не определяются.

Состояние пациента в стационаре стало ухудшаться: нарастала слабость, пропал аппетит, уменьшилось количество отделяемой мочи (олигурия), снизилось АД – 90/60 мм рт. ст. В крови выросло содержание мочевины и креатинина (21.10.2014 г. 20,47 ммоль/л и 377,5 мкмоль/л – соответственно). 23.10.2014 содержание мочевины в крови возросло до 31,9 ммоль/л, а креатинина до 537 мкмоль/л. Следовательно, развилась ОПН в результате обструкции канальцев эритроцитами, миоглобином. Хотя гиперкалиемии, характерной для ОПН, не было – уровень калия был на верхней границы нормы – 5,42 ммоль/л.

Обильное питье, введение глюкозы и фуросемида внутривенно привели к увеличению диуреза и снижению уровня мочевины и креатинина в крови (27.10.2014 г. – 15,9 ммоль/л и 267 мкмоль/л – соответственно). Моча стала соломенно-желтого цвета, микроскопически 27.10.2014 г. определялось только 18-20 эритроцитов в поле зрения. После отмены варфарина в крови стал определяться ПТИ – 0,58 и МНО – 3,535 (23.10.2014 г.).

Таким образом, макрогематурия у данного пациента с развитием ОПН возникла в результате явной передозировки варфарина, а не его побочного действия. За многие годы приема варфарина у пациента не было тошноты, рвоты, поносов, которые по статистике возникают часто ($\geq 1/100$ до $< 1/10$) и считаются побочным действием препарата.

Данный случай описан потому, чтобы заострить внимание прежде всего кардиологов, которые чаще других врачей назначают варфарин, что при его передозировке макрогематурия может привести к ОПН, и следовательно, к проведению мероприятий по ее ликвидации, вплоть до гемодиализа. Если по техническим причинам (у пациента заболевание опорно-двигательного аппарата и др.) делать часто контроль МНО затруднительно, необходимо использовать рутинный метод для определения передозировки варфарина – это исследование ОАМ, где микрогематурия будет появляться раньше, чем макрогематурия.