

АКУШЕРСТВО ГИНЕКОЛОГИЯ РЕПРОДУКЦИЯ

Включен в перечень ведущих
рецензируемых журналов и изданий ВАК

2014 • Том 8 • № 4

© ИРБИС. Все права охраняются.

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА
И ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Данная информация
не является

ОПТИМИЗАЦИЯ РЕЖИМА НАЗНАЧЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У ОНКОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Воробьев А.В.

ГБОУ ВПО «Первый МГМУ имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва

В настоящее время базовыми препаратами для профилактики тромбофилии и тромбозов у онкологических больных является низкомолекулярный гепарин (НМГ).

Цель – определить оптимальный режим назначения противотромботической профилактики в периоперативном периоде.

Материалы и методы

Обследовано 889 пациенток с онкогинекологическими заболеваниями в периоперативном периоде. В зависимости от режима антикоагулянтной терапии больные были распределены на четыре группы:

I группа – назначен НМГ (эноксапарин натрия) за 10 сут. до оперативного вмешательства 1 раз в сут. по 0,3 мл, прекращение терапии – за 24 ч до операции, далее 1 раз в сут. по 0,3 мл в течение 10 дней в послеоперационном периоде – 213 пациенток;

II группа – назначен НМГ за 24 ч до оперативного вмешательства, далее 1 раз в сут. по 0,3 мл в течение 10 дней в послеоперационном периоде – 212 пациенток;

III группа – назначен НМГ 1 раз в сут. по 0,3 мл в течение 10 дней в послеоперационном периоде – 216 пациенток;

IV группа – назначен нефракционированный гепарин по 5000 ЕД 3 раза в сут. в течение 10 дней в послеоперационном периоде – 248 пациентки.

Методы оценки: количественная оценка агрегации тромбоцитов в присутствии Адреналина, Ристомицина, Коллагена. АДФ в различных концентрациях (10^{-3} , 10^{-5} , 10^{-7}) с целью качественной оценки агрегации тромбоцитов и определения степени их активации. Определение маркера активации тромбоцитов – тром-

боцитарного антигепаринового фактора 4 (PF4). Маркеры ДВС-синдрома и тромбофилии – Д-димер и ТАТ, фрагменты протромбина F1+2.

Результаты

До оперативного вмешательства доля субкомпенсированного ДВС-синдрома, в зависимости от локализации и степени распространенности опухоли, составила 18,5-50%. После оперативного вмешательства доля субкомпенсированного ДВС-синдрома значительно возросла, также обнаруживаются признаки декомпенсированного ДВС-синдрома, доля таких пациенток – 52-75%.

В I группе нормализация уровня маркеров тромбофилии (ТАТ, PF4, F1+2) наблюдалась на 1-3-е сут. после оперативного вмешательства.

Во II группе нормализация уровня маркеров тромбофилии (ТАТ, PF4, F1+2) наблюдалась на 3-5-е сут. после оперативного вмешательства.

В III группе маркеры тромбофилии имели тенденцию к нормализации на 5-7-е сут. после оперативного вмешательства.

В IV группе нормализация маркеров тромбофилии обнаруживалась только на 7-е сут. Д-димер у некоторых пациенток оставался положительным вплоть до 10 сут. Кроме того, у 28 пациенток (13,7%) образовались обширные болезненные гематомы в месте введения препарата.

Заключение

Периоперативный период является крайне опасным по риску возникновения тромбгеморрагических осложнений и требует тщательного контроля за состоянием системы гемостаза, причем рутинных

методов оказывается явно недостаточно для определения стратегии специфической профилактики и терапии. Предложенная нами схема профилактики: назначение НМГ за 10 сут. до операции и отмена за 24 ч до оперативного вмешательства, далее – 1 раз в сут. по 0,3 мл в течение 10 дней в послеоперационном периоде – практически нивелирует тромботический риск оперативного вмешательства и способствует нормализации маркеров тромбофилии уже на 3-е сут., то есть более эффективно снижает риск тромботических осложнений в послеоперационном периоде. При этом не отмечено клинически значимого увеличения объема кровопотери непосредственно во время оперативного вмешательства при прекращении НМГ за 24 ч до оперативного вмешательства. Такая схема может быть рекомендована всем онкологическим пациентам как программ-минимум, однако на 10-й день применения такой

схемы необходимо проводить контроль состояния системы гемостаза с целью определения необходимости продолжения применения специфической профилактики.

Наличие тромбофилии, которая является абсолютным показанием к проведению противотромботической профилактики при выполнении оперативного вмешательства, позволила обосновать проведение профилактики тромботических осложнений всем пациенткам с тромбозами в анамнезе в случае выполнения онкогинекологической операции.

В целом следует более широко рассматривать показания к назначению НМГ у онкологических больных: перманентная терапия НМГ показана всем онкологическим пациентам на всех этапах течения заболевания, и только при наличии высокого риска развития геморрагических осложнений терапия НМГ может быть временно прекращена.