

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

Материалы XII Международной конференции Сибирского института акушерства, гинекологии и перинатологии (г. Томск) и кафедры акушерства и гинекологии медико-профилактического факультета Первого МГМУ им. Сеченова (Москва), 27-28 ноября 2014 г.

Materials of XII International Conference of Siberian Institute of Obstetrics, Gynecology and Perinatology (Tomsk) and the Chair of Obstetrics and Gynecology of Public Health Faculty of the First Moscow State Medical University named after Sechenov (Moscow), November 27-28, 2014.

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.