

Применение нового антифибринолитического средства «Транексам» при геморрагическом синдроме в терминальной стадии хронического лимфолейкоза

Л.В. Лынный, М.М. Глухова, Н.А. Кривошеева

ГУЗ ОБ № 2, Ростов-на-Дону

Хронический лимфолейкоз

Хронический лимфоцитарный лейкоз (ХЛЛ) представляет собой доброкачественную опухоль иммунокомпетентной системы. Хронический лимфолейкоз – наиболее распространенный вид лейкоза в странах Европы и Северной Америки. На его долю приходится 30 % среди всех лейкозов. Ежегодная заболеваемость ХЛЛ в этих странах составляет 3–3,5 на 100 тыс. населения, а среди лиц старше 65 лет – до 20 на 100 тыс. населения. Около 70 % пациентов заболевают между 50 и 70 годами. Средний возраст к началу заболевания составляет 55 лет. Только менее 10 % заболевают в возрасте моложе 40 лет.

Основу опухоли составляют морфологически зрелые лимфоциты. Начало болезни нередко определить не удастся: среди полного здоровья и отсутствия у больного каких-либо неприятных субъективных ощущений в крови обнаруживают небольшой, но постепенно нарастающий лимфоцитоз.

В клинической картине преобладают лимфоаденопатия, анемия (нередко аутоиммунная), тромбоцитопения, гранулоцитопения, имеются выраженная иммунодепрессия и предрасположенность к инфекционным осложнениям.

Уменьшение числа тромбоцитов сопровождается кровоточивостью слизистых оболочек (носа, десен и др.), петехиальной сыпью на коже, особенно голеней. Геморрагический синдром развивается примерно в 50 % случаев.

Терминальная стадия хронического лимфолейкоза, проявляющаяся саркомным ростом или бластным кризом, наблюдается нечасто.

Основной терапии хронического лимфолейкоза является химиотерапия, глюкокортикостероиды, а также используют ряд вспомогательных методов в зависимости от состояния больного: переливание компонентов крови (эритроцитов, тромбоцитов), гемостатическую терапию, профилактику и лечение инфекционных осложнений.

Клиническое наблюдение

Больной К. находился в кардиологическом отделении ГУЗ ОБ № 2 г. Ростов-на-Дону с 20.04. по 4.05.2007 г. с диагнозом: хроническая ревматическая болезнь сердца. Комбинированный митраль-

но-аортально-трикуспидальный порок сердца. Постоянная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Резекция левого предсердия, имплантация ЭКС (2003 г.).

Диагноз сопутствующий: хронический лимфолейкоз, IV стадия по К. Rai (терминальная), панцитопения, геморрагический синдром. Хронический ВГС с исходом в цирроз печени.

Осложнения: ХСН 2Б, ФК 3, асцит.

При поступлении жалобы на слабость, головокружения, носовые кровотечения, геморрагические высыпания на коже.

Объективно: Состояние тяжёлое. Тяжесть состояния обусловлена сердечно-лёгочной патологией. Кожные покровы бледно-серые, сухие, рассеянные геморрагические высыпания на туловище и верхних конечностях от точечных до 5 мм в диаметре. Кахексия. Лимфоузлы увеличены по основным группам (размер от перепелиного до голубиного яйца, до 3–5 в группе), смещаемы, кожные покровы над ними не изменены, плотные, безболезненные. Печень и селезенка увеличены до +16 см из-под края реберной дуги.

Живот увеличен в объёме, перкуторно определяется свободная жидкость в брюшной полости.

Лабораторные данные. Клинический анализ крови от 20.04.07: лейкоциты $78,7 \times 10^9/\text{л}$; абс. лимфоциты – $69 \times 10^9/\text{л}$; эритроциты $1,65 \times 10^{12}/\text{л}$; гемоглобин 62 г/л; гематокрит 19,60 %; MCV 118,8 fl; MCH 37,6 pg; MCHC 316 г/л; тромбоциты $21 \times 10^9/\text{л}$; RDW 96,6 fl; клетки Гумпрехта 21 : 100.

Коагулограмма от 20.04.07. МНО 1,1; фибриноген 2,8 г/л; ФЧТВ 40 сек, ТВ 17,9 сек; РФМК отрицательная; проба Кумбса отрицательная.

Лечение. На фоне базового лечения основного заболевания больной получал трансфузии индигивидуально подобранных, отмытых эритроцитов по 500 мл № 2 через два дня, препараты железа, витамины группы В, Клексан. Для купирования геморрагического синдрома использовали новый отечественный антифибринолитик «Транексам» (МНН транексамовая кислота) в максимальной суточной дозировке 3 г.

Через сутки у больного прекратились носовые кровотечения, стала угасать геморрагическая сыпь. Учитывая положительную динамику, было решено уменьшить дозу Транексама до 1,5 г в сутки из-за риска побочных эффектов.

При уменьшении дозы Транексама эпизоды носовых кровотечений и геморрагических высыпаний возобновились, но были единичными и незначительными. В связи с этим, было принято решение вернуться к прежней схеме назначения Транексама – 3 г в сутки, и прекращено дальнейшее введение Клексана.

В последующие дни кожные покровы полностью очистились от сыпи, носовые кровотечения прекратились, а уровень тромбоцитов к моменту выписки поднялся до $66 \times 10^9/\text{л}$, при этом реологические показатели крови не ухудшились, а состояние сердечно-сосудистой системы удалось стабилизировать.

Выводы. Назначение нового антифибринолитического препарата «Транексам» больному с терминальной стадией ХЛЛ, с выраженной патологией сердца, сердечной недостаточностью для купирования геморрагического синдрома на фоне выраженной тромбоцитопении явилось эффективным – прекращение носовых кровотечений в течение суток и угасание геморрагической сыпи, безопасным – не вызвало тромботических осложнений, не оказало отрицательного влияния на реологические показатели крови и показатели работы сердца, а также экономически выгодным

ТРАНЕКСАМ

транексамовая кислота

антифибринолитическое средство

**Быстро и эффективно
останавливает кровотечение**

– Эффективен при пероральном приёме

– Не повышает риск тромбозов

Регистрационный номер: ЛС-001070



Россия, 249030, Калужская область, г. Обнинск, ул. Королева, д.4

Тел./факс: (48439) 6-47-41.

Отдел продвижения:

117997, г. Москва, ул. Акад. Опарина, 4. Здание НЦАГиП

Тел./факс: (495) 789-83-41/42

www.mirpharm.ru

– позволило избежать трансфузий донорских тромбоцитов.

Информация о препарате:

Транексам – транексамовая кислота – изомер-трансформа ϵ -аминокапроновой кислоты, синтезирована U. Okamoto в 1962 г. По активности транексамовая кислота превосходит ϵ -аминокапроновую кислоту в 10–20 раз *in vivo*, *in vitro*. В клини-

ческой практике препарат применяется во всем мире с 1964 года. В России производится с 2006 г. компанией ЗАО «МИР-ФАРМ» под названием «Транексам». Препарат оказывает мощное и продолжительное действие в тканях (до 17 часов), не обладает тромбогенной активностью, хорошо переносится. «Транексам» рекомендовано применять при геморрагических состояниях с выраженной тромбоцитопенией.

Описание препарата

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Антифибринолитическое, противоаллергическое, противовоспалительное средство, специфически ингибирующее активацию профибринолизина (плазминогена) и его превращение в фибринолизин (плазмин). Удлиняет тромбиновое время. Обладает местным и системным гемостатическим действием при кровотечениях, связанных с патологией тромбоцитов, меноррагиях, а также подавляет образование кининов и др. активных пептидов, участвующих в аллергических и воспалительных реакциях.

ФАРМАКОКИНЕТИКА

Абсорбция при пероральном приёме доз – 30–50 %. Максимальная концентрация достигается через 3 часа после приёма. Связь с белками плазмы (профибринолизином) – менее 3 %. Распределяется в тканях относительно равномерно; проникает через плацентарный барьер, в грудное молоко (около 1 % от концентрации в плазме матери). Обнаруживается в семенной жидкости, где снижает фибринолитическую активность, но не влияет на миграцию сперматозоидов. Начальный объём распределения – 9–12 л. Антифибринолитическая концентрация в различных тканях сохраняется 17 ч, в плазме – до 7–8 ч. Метаболизируется незначительная часть. Выводится почками (основной путь – гломерулярная фильтрация) – более 95 % в неизменном виде в течение первых 12 ч.

Транексам

Таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг № 30

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Кровотечения, обусловленные повышением системного и местного фибринолиза (лечение и профилактика): гемофилия, геморрагические осложнения фибринолитической терапии, тромбоцитопеническая пурпура, апластическая анемия, кровотечения или риск кровотечений на фоне злокачественных новообразований поджелудочной и предстательной желез, операций на органах грудной клетки, после родовые кровотечения, ручное отделение последа, кровотечения во время операции и в послеоперационном периоде, лейкоз, заболевания печени, предшествующая терапия стрептокиназой и местного фибринолиза: маточные (в т. ч. меноррагия), носовые, желудочно-кишечные кровотечения, гематурия, кровотечения после простатэктомии, конизации шейки матки по поводу карциномы, экстракции зуба у больных геморрагическим диатезом; наследственный ангионевротический отек, аллергические заболевания (экзема, аллергический дерматит, крапивница, лекарственная и токсическая сыпь), воспалительные заболевания (тонзиллит, фарингит, ларингит, стоматит, афтозный стоматит).

Разделы: Противопоказания, Побочное действие, Способ применения и дозировка, Взаимодействие, Передозировка, Особые указания – см. в инструкции по применению.