

# СЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ В ТЕРАПИИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ



# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Вариабельны, зависят от локализации, часто неспецифичны, течение может быть субклиническим.



# ДИАГНОСТИКА (Roy et al 2002).

## □ Ангиография

- Катетер- ассоциированные тромбозы в 64% установки катетеров
- «Золотой стандарт»
- В 5% диагностированных ВТЭ позволяют исключить неправильный диагноз

## □ УЗДГ - наиболее часто используемая методика

- Катетер- ассоциированные тромбозы в 5% установки катетеров
- Трудно интерпретировать результаты у новорожденных, особенно недоношенных
- Чувствительность 21% - 43%, специфичность 76% - 94%

## □ МРТ

- Диагностика церебральных тромбозов
- Опционально при ТЭЛА

# ТЕРАПИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ

(Paul Monagle, Elizabeth Chalmers, Anthony Chan, Gabrielle deVeber, Fenella Kirkham, Patricia Massicotte and Alan D. Michelson 2008)

При назначении антикоагулянтов прогноз лучше:

- Смертность ниже
- Резидуальные изменения меньше
- Время восстановления короче

# ТЕРАПИЯ

- Сопутствующее лечение (пассивная тактика) — асимптоматические катетер-ассоциированные тромбозы
- Антикоагулянты (НФГ, НМГ)
  - Тромбозы не представляющие непосредственной угрозы для жизни или органа
  - Другие тромбозы при наличии противопоказаний для тромболитической терапии или хирургического лечения
- Тромболитическая терапия (урокиназа, альтеплаза)
  - Жизне- и органугрожающие тромбозы при отсутствии противопоказаний
- Хирургическое лечение
  - Жизне- и органугрожающие тромбозы
- Заместительная терапия
  - Концентрат антитромбина III при терапии гепарином
  - Концентрат протеина С при его дефиците
  - СЗП при проведении тромболитической терапии

# ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ:

- Субклиническое течение
- Трудности выполнения КТ или МРТ, отсутствие адекватных УЗИ датчиков
- Сочетанная патология

## Пути решения:

- Выделение групп высокого риска:
  - Экстремально низкая масса тела
  - Применение ЦВК
  - Неврологические нарушения
- Прицельная диагностика (УЗДГ):
  - Контроль ЦВК
  - Воротная вена
  - Внутричерепные синусы

# ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ

- Выбор препарата первого ряда (эффективность правильно подобранной дозы сравнима):
  - НФГ – необходимость непрерывной в/в инфузии, контроль АЧТВ, возможность быстро добиться целевой концентрации
  - НМГ – возможность 2х – 3х кратной п/к инъекций, контроль анти-Ха-активность

# ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ

- Объем образца и венозный доступ (трудности лабораторного контроля):
  - Необходимо учитывать чувствительность реактивов АЧТВ
  - Доступен дешевый отечественный тест анти-Ха-активности
  - Использование автоматических коагулометров
  - Начало терапии с адекватных доз препаратов:
    - НФГ: 28 ед/кг в час непрерывной инфузии
    - НМГ (дальтепарин) 130 – 150 ед/кг x 2 р/сут
  - Тщательный контроль преаналитического этапа: отбор только из периферической вены (не из катетера)
  - Заместительная терапия СЗП (10 – 15 мл/кг) или антитромбин III 50 МЕ/кг 1 раз в 2 дня



# ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ: сочетание с гемorragическими состояниями

- Контроль гемorragического состояния (коагулограмма, кол-во тромбоцитов)
- ВЖК, ВЧГ:
  - Начинать с половинной дозы НФГ или НМГ
  - На 2 – 3 сутки – полная доза
  - Длительность терапии обычная
- Кр-е ЖКТ:
  - Оценить причину
  - Если не гемorragическая коагулопатия, см. выше

Потребление - начать с низких доз  $\frac{1}{2}$  -  $\frac{1}{4}$  терапевтич.

Наблюдение

# ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ: сочетание с гемorragическими состояниями

- Тромбоцитопения - оценить причину:
  - Потребление:
    - СЗП
    - Назначить низкую дозу  $\frac{1}{2}$  -  $\frac{1}{4}$  от терапевтической с последующим повышением
  - Иммунная  $> 80 - 100$ :
    - Низкие дозы с последующим повышением
  - Иммунная  $< 70 - 80$ :
    - Наблюдать (не назначать гепарины)
    - Оценить риски (тромбоз или кровотечение)

# ПРОБЛЕМЫ ТЕРАПИИ

- Лечить ли неокклюзирующие тромбозы:
  - Да
  - Длительность терапии обычная
- Лечить ли тромбозы левой ветви воротной вены:
  - Мы лечим
- Длительность терапии
  - Венозные - не менее 6 нед
  - Артериальные – не менее 3 дней
  - До момента полного разрешения тромбоза
  - Если тромб не лизируется – не менее 3 мес.
  - До момента прекращения действия протромботических факторов (катетер, воспаление, иммобилизация, гормоны и др.)

# Постоянная (неопределенно долгая) вторичная профилактика

- Глубокий дефицит антикоагулянтов
- Необходимость постоянного венозного катетера
- Пороки развития сердца и сосудов
- АФС