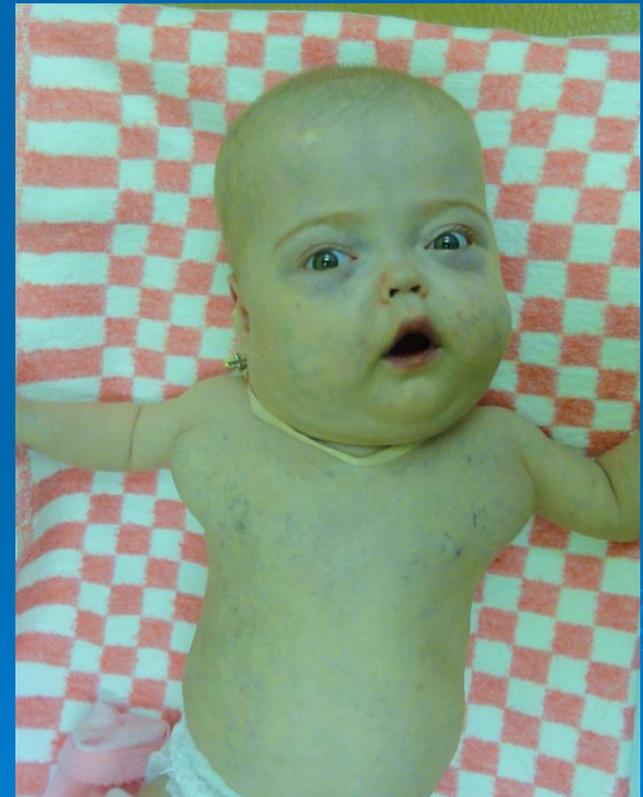


СЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ В ТЕРАПИИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ



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