

наличия тромбофилии. При проведении оперативных вмешательств и в ближайшем послеоперационном периоде у пациентов со средним и высоким риском развития тромботических осложнений обязательно применение низкомолекулярных гепаринов (Клексан), а также компрессионного трикотажа для профилактики ВТЭО.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Г.Г. Хареба, В.В. Ханжин

Харьковский национальный медицинский университет

КУОЗ «Областной клинический центр урологии и нефрологии им. В.И. Шاپовала»

От тромбозов сосудов ежегодно в мире погибает почти 25 миллионов человек. От артериального тромбоза, главными проявлениями которого служат инфаркт миокарда и ишемический инсульт, – более 18 млн, от тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) – 7 млн. Тромбоземболические осложнения (ТО), а именно тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и тромбоземболия легочной артерии (ТЭЛА) по настоящее время остаются частыми осложнениями послеоперационного периода у урологических больных, которые нередко приводят к смерти пациентов. При этом истинную частоту ТЭЛА и венозных тромбозов установить сложно, так как их клинические симптомы неспецифичны, а часто они вообще не имеют каких-либо клинических проявлений.

Все факторы, влияющие на развитие тромбоземболических осложнений, объединяются в так называемую триаду Вирхова, состоящую из гемодинамических нарушений, повреждения эндотелия сосудов и гиперкоагуляции. Образование тромбов происходит в результате сложного взаимодействия между эндотелием сосудов, тромбоцитами, факторами свертывания крови, естественными антикоагулянтами и фибринолитической системой крови. На образование тромба влияют множество факторов: работа сердца; объем, вязкость, реология крови; состояние сосудистой стенки; состояние клеток и тканей; состояние гемостаза.

Одним из наиболее важных методов профилактики ТО является применение низкомолекулярных гепаринов (НМГ). Применение гепаринов при хирургических вмешательствах позволяет существенно снизить количество ТО, что доказано множеством исследований. Применение нефракционированного гепарина снижает уровень относительного риска возникновения тромбоза глубоких вен на 68%, а низкомолекулярного гепарина на 72% без высокого, в отличие от применения НГ, риска развития геморрагических осложнений.

Фармакологические свойства и особенности действия НМГ обуславливают ряд преимуществ по сравнению с НГ: предсказуемость действия; высокая биодоступность (98-99%); стойкость антитромботического эффекта при подкожном введении, что позволяет вводить препарат в фиксированных дозах (1-2 раза в сутки без лабораторного контроля); значительно меньшая частота развития тромбоцитопении и остеопороза; отсутствие выраженной гипокоагуляции, поскольку противо-тромботический эффект направлен на ингибицию Ха-активного фактора и внешнего пути свертывания крови; наличие противовоспалительного и ангиопротекторного эффектов; наличие тромболитического эффекта, что обусловлено активацией тканевого плазминогена.

К НМГ второй генерации относится Цибор® (Бемипарин). Из всех НМГ второго поколения бемипарин имеет самую низкую молекулярную массу – 3600 дальтон, самый длинный период полувыведения (5,3 часа) и самое высокое соотношение анти-Ха/анти-Па факторных активностей (8 : 1). Безопасность и эффективность бемипарина были доказаны в нескольких исследованиях, и в настоящее время этот препарат разрешен как для лечения, так и для профилактики венозной тромбоземболии. В рандомизированном многоцентровом исследовании с участием 184 пациентов хирургического профиля низкого и среднего риска развития ВТЭО сравнили эффективность НМГ (бемипарина) со стандартным НФГ. Бемипарин вводился подкожно по 2500 МЕ каждые 24 ч, начиная с первой дозы за 2 ч до начала операции. НФГ назначался в дозе 5000 МЕ подкожно каждые 12 ч. Продолжительность антикоагулянтной терапии составляла в обеих группах 7 дней. В итоге ни в одной группе ТГВ и ТЭЛА отмечено не было, однако были выявлены преимущества бемипарина в плане безопасности использования: уменьшение частоты случаев кровотечений, требующих переливания крови (0 против 9%, $p < 0,035$) и снижение частоты образования гематом в области операционных ран (6 против 18%, $p = 0,015$).

Предоперационное назначение тромбопрофилактики основано на предположении, что хирургическое вмешательство само по себе и сопутствующее ему ограничение подвижности являются главной причиной тромбоза. Однако в настоящее время отмечается тенденция начинать тромбопрофилактику в послеоперационном периоде, особенно при повышенном риске массивных кровотечений. Считается, что поскольку большинство тромбов образуются послеоперационно, начало антикоагулянтной терапии по завершении операции также может предотвращать венозный тромбоз. В этом контексте ценность имеет применение бемипарина. Цибор® (Бемипарин) – единственный в Европе низкомолекулярный гепарин, который разрешен для проведения начальной тромбопрофилактики после оперативного вмешательства.

Хирургическое лечение, применяемое у больных со злокачественными новообразованиями, – дополнительный фактор риска развития тромбоза, поскольку опухоль стимулирует коагуляцию. Риск тромбоза среди пациентов с онкологическими заболеваниями приблизительно в 4 раза выше, чем в популяции, и риск тромбозов возрастает в 6–7 раз при проведении противоопухолевой терапии. Многие опухолевые клетки продуцируют тканевый тромбопластин и опухолевый прокоагулянт (цистеиновой транспептидазы). Наличие опухоли сопровождается ростом содержания в крови провоспалительных цитокинов (фактора некроза опухоли альфа, интерлейкинов, интерферона гамма), способных повреждать клетки эндотелия, снижая его противотромботические свойства. Прогрессии тромбоза способствует цитостатическая и гормональная терапия, повреждающая как эндотелий, так и опухолевые клетки с выходом прокоагулянтных субстанций в кровоток. Однако, существует доказанный противоопухолевый эффект гепаринов. Он основан, в частности, на ингибировании коагуляционных протеаз, которые в свою очередь влияют на рост опухоли, её инвазию, метастазирование и ангиогенез. Помимо того, гепарин вызывает освобождение ингибитора тканевого фактора и блокирует тромбин, которые способны увеличивать злокачественность клеток, стимулировать пролиферацию, миграцию и тормозить апоптоз опухолевых клеток, а также стимулировать метастазирование. Исходя из этого применение НМГ представляется особенно ценным у онкологических пациентов.

Результаты исследований CANBESURE, ENOXAN II и FAME позволяют рекомендовать применение продленной тромбопрофилактики бемипарином у онкологических пациентов группы высокого риска ВТЭ, подвергающихся обширным хирургическим вмешательствам на брюшной полости и полости малого таза.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СЕЛЕКТИВНОЇ ТРАНСНАЗАЛЬНО-ТРАНСФЕНОЇДАЛЬНОЇ КРІОДЕСТРУКЦІЇ АДЕНОГІПОФІЗУ ПРИ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ

О.В. Циганков, Л.В. Деримедвідь, К.О. Циганкова, N.Baker
Харківський національний медичний університет, м. Харків

Важливим завданням сучасної онкології є покращення якості життя хворих на злоякісні новоутворення III-IV стадії шляхом зменшення інтенсивності білю, гальмування онкологічної прогресії, подовження тривалості життя та покращення його якості. Існують багато підходів лікування для досягнення цього завдання. Одним із них є використання нейрохірургічних методів лікування онкохворих із гормонозалежними новоутвореннями різної локалізації.

На кафедрі нейрохірургії ХНМУ для цього використовують мініінвазивний кріохірургічний метод – стереотаксичної селективної трансназально-трансфеноїдальної кріодеструкції аденогіпофізу (ССТТКА). Нами було прооперовано 43 онкохворих сечової системи III-IV стадії захворювання. У 36 пацієнтів були гормонозалежні новоутворення, у 8 – гормононезалежні. З них у 35 пацієнтів був рак передміхурової залози, у 4 – рак сечового міхура та у 4 пацієнтів – рак нирок. Вік пацієнтів – від 30 до 81 року, жінок – 3, чоловіків – 40.

У всіх прооперованих пацієнтів зменшення інтенсивності больового синдрому спостерігалось через кілька годин після втручання. З них у 90,6% спостерігалось повне знеболення (39 пацієнтів), у 9,3% – неповне, проте потреба у застосуванні центральних анальгетиків зникла і вони були переведені на ненаркотичні анальгетики. В механізмі знеболення при застосуванні методу ССТТКА важлива роль відводиться збільшенню рівню проопіомеланокортину. Таким чином ССТТКА є ефективним методом лікування цієї категорії онкохворих.