

ных остается высокой, что побуждает к поиску новых подходов ведения раннего послеоперационного периода у пациентов, прооперированных по поводу рака пищевода. У этих больных одним из наиболее опасных осложнений послеоперационного периода является тромбоз легочной артерии (ТЭЛА).

Цель исследования состояла в изучении клинической эффективности препарата клексан у больных, перенесших трансплевральную резекцию пищевода, в раннем послеоперационном периоде в плане профилактики ТЭЛА.

С 1998 по 2005 г. в Ленинградском областном онкологическом диспансере по поводу рака пищевода прооперированы 247 больных в возрасте от 27 лет до 81 года. Большинство пациентов составляли мужчины (196 человек). Средний возраст больных -  $63,8 \pm 5,8$  года. Во всех случаях проводилась интенсивная базисная терапия: антибактериальные препараты, коллоидные и кристаллоидные растворы, средства, улучшающие реологические свойства крови, препараты крови, наркоти-

ческие и ненаркотические анальгетики. Клексан применялся у 115 больных. Контрольную группу составили 132 пациента, которые получали лишь базисную терапию. Препарат клексан вводился не менее семи дней, суточная доза - 20 мг однократно. Вопрос о пролонгации гепаринопрофилактики и переводе на непрямые антикоагулянты решался индивидуально с учетом сохраняющихся факторов риска.

В раннем послеоперационном периоде умерли 15 (6,0%) человек. ТЭЛА была причиной летального исхода в четырех (1,6%) случаях. У больных, которым осуществлялось введение клексана, ТЭЛА развилась в одном (0,8%) клиническом случае, в контрольной группе летальный исход по причине ТЭЛА констатирован у троих (2,2%) человек.

Таким образом, использование препарата клексан у пациентов, перенесших трансплевральную резекцию пищевода в раннем послеоперационном периоде, позволяет снизить частоту развития ТЭЛА и может быть рекомендовано к широкому применению.

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ГЕМАТОГЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЯХ

А. П. Момот

Алтайский филиал Гематологического научного центра Российской академии медицинских наук,  
г. Барнаул, Россия

Термином "тромбофилии" обозначают все наследственные (генетически обусловленные) и приобретенные нарушения гемостаза, которым свойственна предрасположенность к раннему появлению и рецидивированию тромбозов и облитерации кровеносных сосудов. Различные виды тромбофилии отличаются по патогенезу и локализации развивающегося тромбоза. Например, гемореологические и сосудисто-тромбоцитарные формы, а также метаболические (при диабете, атеросклерозе, гипергомоцистеинемии) сопровождаются преимущественно артериальными тромбозами. Дефицит же протеинов С и S, антитромбина III приводит чаще к венозным тромбозам. Разной локализации тромбозы наблюдаются при антифосфолипидном синдроме.

Однако клинические проявления тромбофилии выходят за рамки рецидивирующего тромбоземболического синдрома.

**Важнейшие проявления и осложнения тромбофилий**

- I. Тромбоземболии, ишемии и инфаркты органов (ранние, рецидивирующие).
- II. Невынашивание беременности и внутриутробная гибель плода (около 40% всех случаев).
- III. Злокачественная пурпура новорожденных.
- IV. Кратное возрастание риска тромбоземболий при беременности, гиперлипидемиях, онкозаболеваниях, травмах, хирургических вмешательствах.
- V. Высокий риск метастазирования злокачественных образований.
- VI. Значительное повышение риска развития лекарственных тромбозов (при гормональной контрацепции, лечении цитостатиками и др.).
- VII. Повышение риска развития тромбозов при всех видах полиглобулии и больших потерях жидкости (высокогорье, сухие тропики, физические перегрузки, все виды обильной потери жидкости).

В настоящее время выделено большое число первичных (генетически обусловленных) и вторичных (приобретенных, симптоматических) тромбофилий, диагностика и дифференциация которых принципиально важны, поскольку разные виды этой патологии, несмотря на сходные клинические проявления, требуют применения совершенно разных подходов к их профилактике и лечению.

Для распознавания тромбофилий может быть использована предложенная З. С. Баркаганом и одобренная президиумом РАМН в 1996 г. номенклатура этих видов патологии (Пробл. гематол. и перелив. крови. - 1996. - № 3. - С. 5-15). Немаловажно, что частота и значение для клиники различных видов тромбофилий неодинакова. Так, например, гемореологические формы, первичная и вторичная формы резистентности фактора Va к протеину С, гипергомоцистеинемия, которая наблюдается у 35-50% всех больных с облитерирующим атеросклерозом, диабетом II типа и коронарной болезнью сердца, антифосфолипидный синдром и некоторые другие формы очень часты, и их выявление должно быть систематическим. Другие же формы более редки и имеют меньшее клиническое значение (например, дефицит протеина S). С другой стороны, установлено, что каждый из известных вариантов тромбофилии имеет свои подходы к первичной и вторичной профилактике потенциально возникающих тромбозов.

Особая патогенность свойственна смешанным (комбинированным) видам тромбофилий, которые далеко нередки в клинической практике. Их наличие говорит о том, что обследование больных тромбофилиями должно быть комплексным и что лечащие врачи, выявившие подобное нарушение в одном из звеньев системы гемостаза, не должны на этом останавливаться, а продолжать поиск в других частях этой системы.