

## ПЕРСПЕКТИВЫ АНТИКОАГУЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

<sup>1</sup>Изамов Тохир Ислмович,

<sup>2</sup>Омонов Камолиддин Бердиёрович,

<sup>3</sup>Жабборов Жура Тойирович,

<sup>4</sup>Кенжаева Дилором Тоштемировна

<sup>1,2,3,4</sup>Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7426106>

Геморрагические и тромбогеморрагические заболевания и синдромы относятся к частым и опасным формам патологии детского возраста, имеющим самостоятельное значение, либо сопутствующим большому числу других состояний и процессов. Единые методические подходы к профилактике и терапии тромбозов, микротромбоваскулитов и ДВС синдромов у детей практически отсутствуют. Принципы проведения гепаринотерапии.

Препараты обычного (нефракционированного) гепарина с лечебной и профилактической целью применяются подкожно, внутривенно струйно (болюсно), внутривенно непрерывно и комбинированным способом. С целью профилактики ДВС синдромов и тромботических осложнений, гепарин вводится подкожно, 4(6 раз в день, в низких и средних дозах, из расчета 150(300 ЕД/кг/сут.

При преобладании в клинике тромботических (ишемических) проявлений, а в системе гемостаза – выраженной гиперкоагуляции, по данным активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) и других коагуляционных тестов, он назначается внутривенно струйно каждые 4 часа, либо непрерывно на протяжении суток, в высоких дозах (более 300 ЕД/кг/сут). Интермиттирующий режим в виде болюсного введения для детей нежелателен, из-за резких колебаний в течение дня концентрации гепарина в плазме крови, что часто приводит к развитию кровотечений и «рикошетного» тромбообразования. Для обеспечения непрерывной внутривенной инфузии используются шприцевые дозаторы (перфузоматы), позволяющие поддерживать постоянную концентрацию гепарина в кровяном русле. Комбинированный способ основан на введении 1-й инъекции гепарина внутривенно струйно, далее – подкожно, через равные промежутки времени. Для лабораторного контроля за проводимой гепаринотерапией используются время свертывания цельной крови, АПТВ, аутокоагуляционный тест, тромбиновое время. Критерием достаточности назначенной дозы является увеличение АПТВ в 1,5-2 раза, по сравнению с нормой. Исключение составляют низкие дозы гепарина, применяемые с

профилактической целью, не вызывающие гипокоагуляцию в АПТВ. Назначение высоких доз требует проведения лабораторного мониторинга с помощью АПТВ и/или тромбинового времени (ТВ): перед введением гепарина, повторно через 6 и 12 час в первые сутки лечения, затем 1 раз в день.

При увеличении АПТВ и/или ТВ более чем в 2 раза, введение гепарина временно прекращается, либо уменьшается скорость его инфузии. Применение гепарина при ДВС-синдроме. В клинике используются принципы коррекционно-заместительной терапии ДВС крови, предложенные Баркаганом З.С. [1]. При этом упор в лечении делается на трансфузии свежезамороженной плазмы (СЗП) вместе с гепарином. Выбор дозы определяется тяжестью, остротой течения и фазой развития ДВС синдрома. При тромботических (ишемических) повреждениях органов с их прогрессирующей дисфункцией, гепарин назначается из расчета 200(300 ЕД/кг/сут; 1/3 дозы вводится струйно вместе с плазмой, остальное – круглосуточно. При восстановлении гемодинамики и микроциркуляции в органах, водно-электролитного равновесия, приросте количества тромбоцитов в крови, снижении уровня растворимых фибрин мономерных комплексов (РФМК) в плазме, гепарин применяется в поддерживающей дозе 100(150 ЕД/кг/сут. При инфекционно-септическом генезе ДВС синдрома стойко отрицательные показания паракоагуляционных проб с нормализацией других лабораторных параметров отмечаются обычно к 6-8 дню после начала лечения, иногда – к концу 2-й недели, что позволяет отменить трансфузии СЗП с гепарином.

#### **Foydalanilgan adabiyotlar:**

1. Баркаган, З.С. Геморрагические заболевания и синдромы / Баркаган З.С. – М., 1988. – 187 с.
2. Баркаган З.С. // Тер. архив. – 1999. – № 7. – С. 72-76.
3. Boon D., Kappers Klunne M., Michiels J. et al. // Neth. J. Med. – 1995. – № 46. – P. 146-152.