

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭКСТРАВАЗАЦИИ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ

Автор: Буйденко Ю.В.

DOI: 10.18027 / 2224-5057-2017-7-3s2-559-565

Ключевые слова: экстравазация, венозный доступ, катетеры.

Экстравазация – процесс случайного попадания лекарственных препаратов внутривенно и/или в подкожную клетчатку в месте сосудистого доступа (внутривенного или внутриартериального). Экстравазация сопровождается различными осложнениями, которые зависят от типа препарата, его количества, скорости и длительности введения с выходом во внесосудистое пространство. Экстравазация является сравнительно редким осложнением инфузионной терапии. Специфического лечения экстравазации нет. В зависимости от характера осложнений экстравазации и степени тяжести могут потребоваться наблюдение, консервативное лечение, а также хирургические вмешательства вплоть до кожно-пластических операций. Важно помнить, что степень повреждения зависит от вида лекарственного средства, его pH и концентрации. Наличие подкожного венозного порта не является гарантией предупреждения экстравазации. В связи с этим необходимо знать алгоритмы профилактики, своевременной диагностики и первой помощи при экстравазации. В статье использованы рекомендации ESMO-EONS (2012 г.), дополненные и адаптированные к условиям российского здравоохранения.

I. КЛАССИФИКАЦИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПО ТИПУ ПОВРЕЖДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

По типу повреждающего действия все противоопухолевые препараты делятся на:

- кожно-нарывные
- раздражающие
- не кожно-нарывные
- ДНК связывающие
- ДНК не связывающие
- эксфолианты

Цитирование: Буйденко Ю.В. Рекомендации по лечению последствий экстравазации противоопухолевых препаратов // Злокачественные опухоли : Практические рекомендации RUSSCO #3s2, 2017 (том 7). С. 559–565.

- воспалительные

Классификация препаратов в зависимости от типа повреждающего действия представлена в табл. 1.

Таблица 1. Классификация противоопухолевых препаратов в зависимости от типа повреждающего действия

Кожно-нарывные	Раздражающие	Не кожно-нарывные
ДНК-связывающие	Кармустин	Триоксид мышьяка
Мехлорэтамин	Ифосфамид	Аспарагиназа
Бендамустин	Стрептозоцин	Блеомицин
Доксорубин	Дакарбазин	Бортезомиб
Эпирубин	Мелфалан	Кладрибин
Идарубин	Липосомальный доксорубин	Цитарабин
Даунорубин	Липосомальный даунорубин	Гемцитабин
Дактиномицин	Митоксантрон	Флударабин
Митомицин С Этопозид	Интерфероны	
Митоксантрон	Тенипозид	Интерлейкин 2
ДНК не связывающие	Антиметаболиты	Метотрексат
Винкристин	Фторурацил	Моноклональные антитела
Винбластин	Производные платины	Пеметрексед
Виндезин	Карбоплатин	Ралтитрексед
Винорелбин	Цисплатин	Темсиrolimus
Доцетаксел	Оксалиплатин	Тиотена
Паклитаксел	Иринотекан	Циклофосфамид
Трабектедин	Топотекан	
	Иксабепилон	

2. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО МИНИМИЗАЦИИ РИСКА ЭКСТРАВАЗАЦИИ

2.1. Оптимальная локализация сосудистого доступа

При затрудненном или невозможном периферическом венозном доступе необходимо использовать центральный венозный доступ. Для периферического сосудистого доступа рекомендуются крупные вены на предплечье. Пункция вены должна выполняться осторожно, без воздействия на сустав. Внутренняя поверхность запястья и вены нижних конечностей не должны использоваться для введения химиопрепаратов. Пункции периферических вен выше локтевой ямки (*v. cephalica* и *v. basilica*), а также вен тыльной поверхности кисти также не рекомендуются, особенно для введения препаратов кожно-нарывного действия. Следует избегать

пункции вен в области лимфедемы. Пункция вен на стороне мастэктомии остается предметом дискуссии. Принцип выбора места для осуществления периферического сосудистого доступа изображен на рис. 1

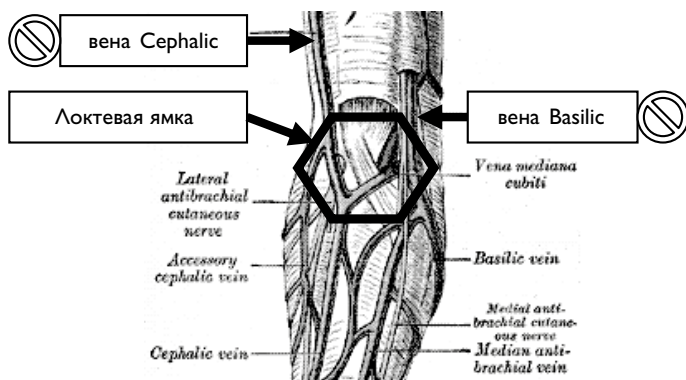


Рисунок 1. Части периферических вен cephalic и basilic

2.2. Техническое обеспечение сосудистого доступа

Иглы типа «бабочка» не должны использоваться для инфузии препаратов, обладающих кожно-нарывным действием. Предпочтительнее использование периферических катетеров типа «браунюля». Для препаратов кожно-нарывного действия с длительным периодом инфузии (12–24 часа) рекомендуется использовать центральный сосудистый доступ. Для организации центрального венозного доступа имеют преимущества периферически вводимые центральные катетеры (PICC LINE) или имплантируемые венозные порты.

2.3. Дополнительные процедуры

После пункции вен необходимо проверить правильность установки путем «проверки ретроградного тока крови», затем ввести 10 мл 0,9% раствора NaCl для исключения экстравазации. Необходимо промывать вену 10–20 мл 0,9% раствором NaCl между введениями разных химиотерапевтических препаратов. Перед болюсным введением химиопрепаратов обязательна проверка тока крови. В период инфузии необходимо периодически проверять места пункции вены на наличие симптомов экстравазации: отека, припухлости, покраснения, боли. Болюсное введение химиопрепаратов, обладающих кожно-нарывным действием, может производиться только с одновременным быстрым внутривенным введением 0,9% раствора NaCl. При возникновении сомнений необходимо произвести введение (струйное, капельное) 50–200 мл 0,9% раствора NaCl. Иногда, даже в случае правильного введения некоторых цитостатиков, могут возникать реакции, напоминающие экстравазацию:

эритема, чувство жжения вены, крапивница, зуд. В табл. 2 представлены препараты, вызывающие местные кожные реакции и химические флебиты.

Таблица 2. Перечень препаратов, вызывающих местные кожные реакции и химические флебиты

Локальные кожные реакции	Химические флебиты
Аспарагиназа	Амзакрин
Цисплатин	Кармустин
Даунорубин	Цисплатин
Доксорубин	Дакарбазин
Эпирубин	Эпирубин
Флударабин	5-фторурацил
Мехлорэтамин	Гемцитабин
Мелфалан	Мехлорэтамин
	Винорелбин

3. НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЭКСТРАВАЗАЦИИ

Пациент должен быть информирован о возможности экстравазации и ее симптомах. При первых признаках экстравазации необходимо уведомить лечащего врача, который, в свою очередь должен уведомить хирурга, а в случае центрального венозного доступа проконсультировать больного у анестезиолога-реаниматолога или интервенционного радиолога.

С помощью шприца необходимо удалить максимальное количество жидкости через катетер в зоне инфильтрации, при этом не следует давить на зону инфильтрации. Рекомендуется очертить зону инфильтрации и выполнить УЗИ мягких тканей в этой зоне и в дальнейшем повторять обследование для получения объективной информации о динамике процесса. Следует иммобилизовать верхнюю конечность с помощью косыночной повязки. Локальное введение кортикостероидов не рекомендовано. Кортикостероидные препараты в стандартных терапевтических дозах могут быть назначены системно для снижения воспалительной реакции только при отсутствии признаков гнойной инфекции. С целью снижения воспалительной реакции и обезболивания целесообразно назначение препаратов НПВС. Снижению болевого синдрома способствуют аппликации 10% раствора лидокаина в виде холодного компресса или орошения аэрозольного спрея.

При экстравазации мехлорэтамина рекомендовано п/к обкалывание тиосульфатом из расчета по 2 мл на каждый миллиграмм мехлорэтамина. Предварительно тиосульфат разводят путем смешивания 4 мл 10% натрия тиосульфата и 6 мл стерильной воды для инъекций. Местно применяют 30–50% раствор диметилсульфоксида 2 раза в день на протяжении 14 дней, без втирания и укрытия стерильным

перевязочным материалом. Диметилсульфоксид должен быть нанесен как можно быстрее при экстравазации антрациклинами, митомидином С, производными платины. Необходимо помнить, что диметилсульфоксид может вызывать локальное покраснение в месте нанесения, что говорит о правильности и своевременности применения.

Дексразоксан, уменьшающий токсическое действие антрациклинов на сердечную ткань, рекомендуется использовать и в случае экстравазации этих препаратов. Дексразоксан следует вводить в дозе 1000 мг/м² в/в как можно быстрее, не позднее 6 часов, от момента экстравазации, во 2-й день – 1000 мг/м², в 3-й день – 500 мг/м². Доза должна быть снижена на 50% при клиренсе креатинина <40 мл/мин. У пациентов с поверхностью тела >2,0 м² доза дексразоксана не должна превышать 2000 мг при введении в 1-й и 2-й дни и 1000 мг – в 3-й день. Перед добавлением в раствор дексразоксан разводится в 25 мл стерильной воды для инъекций. В течение ближайших 15 мин. до и после введения дексразоксана на место экстравазации не рекомендуется наносить ни диметилсульфоксид, ни сухой холодный компресс. Побочными эффектами дексразоксана являются гематологическая токсичность, гипертрансaminaземия, тошнота, боль в месте введения.

Гиалуронидаза – фермент, вызывающий деградацию гиалуроновой кислоты и улучшающий абсорбцию препаратов, попавших под кожу; применяется при экстравазации винкаалкалоидов: 1–6 мл раствора гиалуронидазы (доза 150 Ед./мл раствора) вводят в/в через тот же катетер. Необходимое количество гиалуронидазы определяется из расчета 1 мл раствора гиалуронидазы на 1 мл препарата, попавшего под кожу.

При некрозах, не разрешившихся в течение 10 дней и более, проводится хирургическое лечение. Только треть всех экстравазаций осложняется изъязвлением. В этих случаях применяется широкое иссечение некротизированных тканей и перевязки с препаратами, которые обеспечивают очищение и заживление раны с последующей пластикой раневого дефекта. Существуют также эффективные хирургические методики подкожного промывания места экстравазации, которые требуют определенной подготовки хирурга, и сегодня не рекомендованы для повседневной практики. Алгоритм лечебных мероприятий при экстравазации противоопухолевых препаратов через периферический и центральный сосудистые доступы представлены на рис. 2 и 3 соответственно.

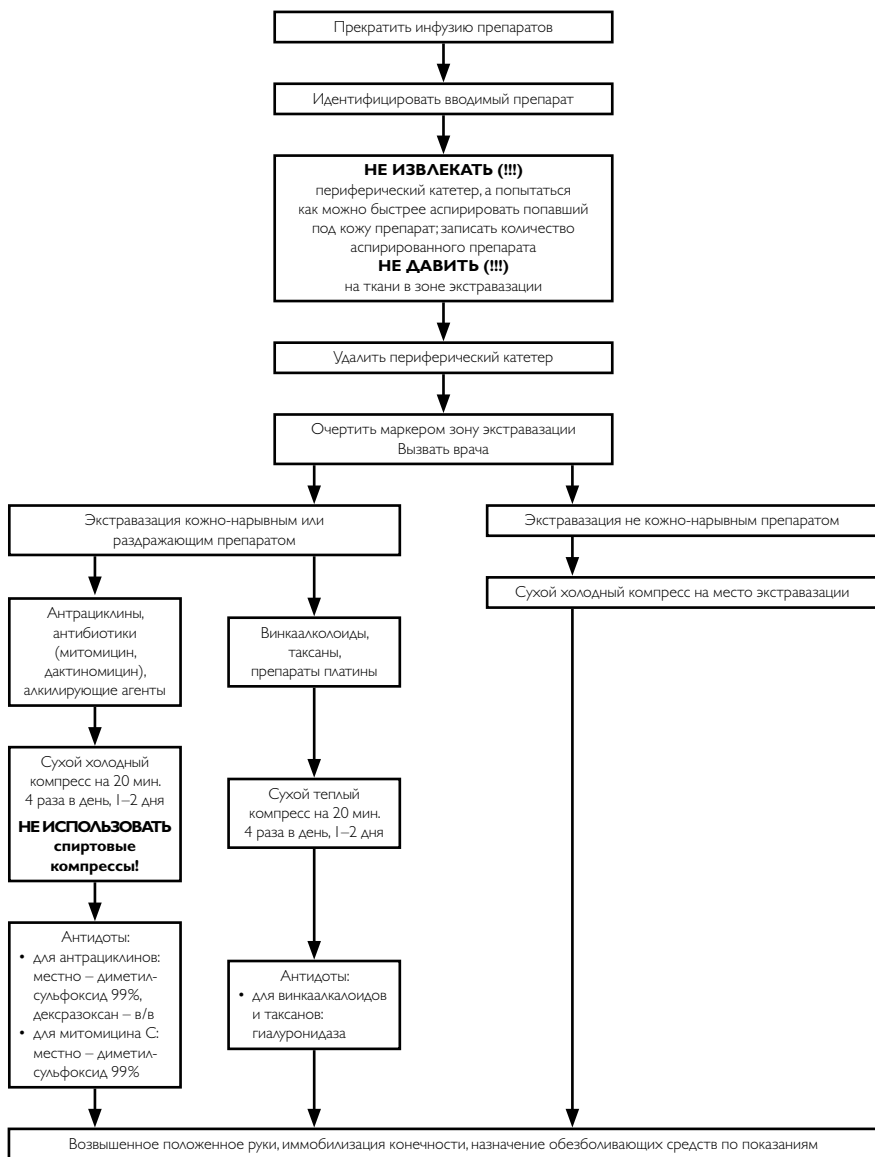


Рисунок 2. Рекомендуемый алгоритм действий при экстравазации противоопухолевых препаратов через периферический сосудистый доступ.

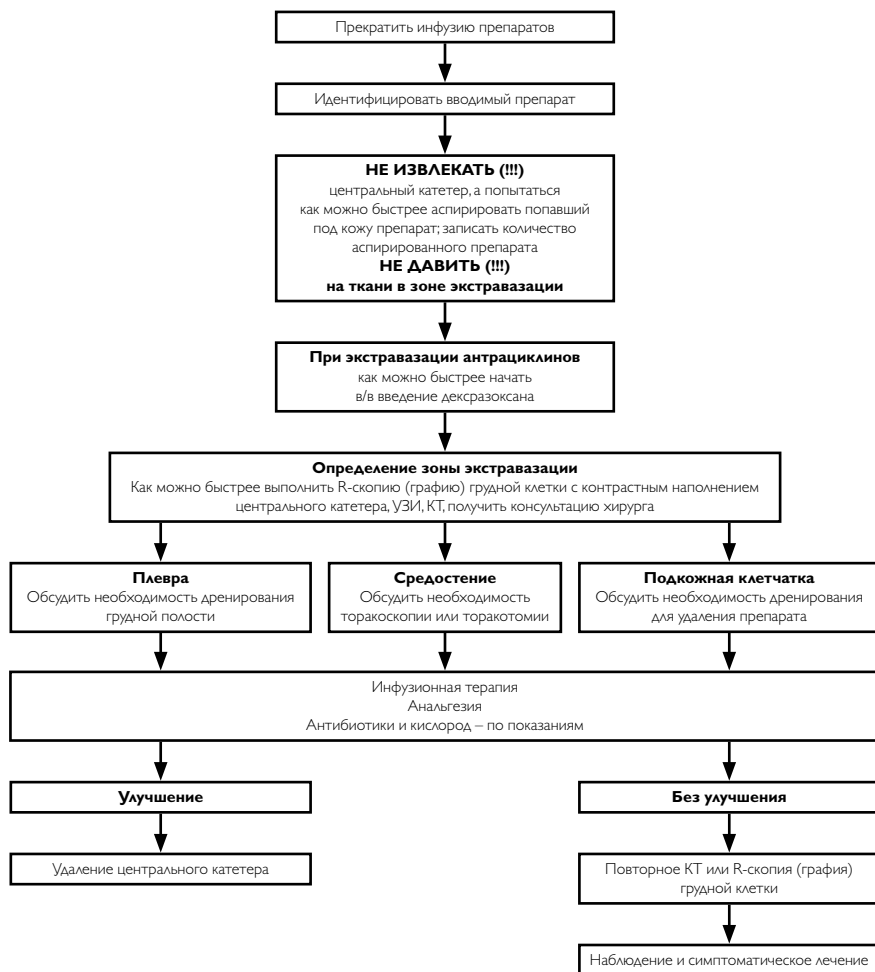


Рисунок 3. Рекомендуемый алгоритм действий при экстравазации противоопухолевых препаратов через центральный сосудистый доступ.