

Вопросы и ответы по COVID и ИТП + ТАА
Image



Вопросы и ответы по COVID и ИТП + ТАА

COVID-19 и ИТП: часто задаваемые вопросы

1. Каковы подходы к начальной терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) у новых взрослых пациентов с тяжелой тромбоцитопенией в условиях пандемии COVID-19?

В условиях пандемии COVID-19 для лечения ИТП следует назначать препараты, которые эффективны, но при этом не являются иммуносупрессорами, такие как ВВИГ и пероральные агонисты рецептора ТПО (элтромбопаг или аватромбопаг).

Пациентам, которым необходимо срочно повысить содержание тромбоцитов, можно назначать ВВИГ по 1 г/кг в течение 1-2 дней с повторным введением по мере необходимости, пока не проявится клинический эффект агонистов рецептора ТПО. Для тяжелых стационарных больных целесообразно ежедневное введение ВВИГ в пониженных дозировках (0,4-0,5 г/кг). Тем не менее, с учетом потенциального риска заражения при длительном нахождении в медицинском учреждении для введения ВВИГ, при отсутствии сильного кровотечения или влажной пурпуры пероральные агонисты рецептора ТПО могут использоваться в качестве монотерапии. В случае кровотечения или высокого риска его развития можно также дополнительно использовать транексамовую кислоту. Важно помнить, что при содержании тромбоцитов $\geq 10-20000/\text{мкл}$ и при отсутствии дополнительных факторов риска

большинство пациентов с ИТП не подвержены развитию сильных кровотечений. Следовательно, пациентам, которые в целом стабильны, целесообразно уменьшить частоту сдачи анализов на содержание тромбоцитов и избегать посещений медицинских учреждений для снижения риска заражения. В настоящее время у пациентов с ИТП высокой заболеваемости COVID-19 не наблюдается.

2. Существует ли необходимость в корректировке схем лечения пациентов с хронической ИТП в условиях пандемии COVID-19?

Корректировка не требуется, если пациенты проявляют стабильность при лечении иммуносупрессивными препаратами в низких дозировках. Внесение изменений в схему лечения требует повышенного контроля и может потенциально привести к рецидиву. У пациентов, получающих кортикостероиды или иммуносупрессанты в повышенных дозировках, применение агонистов рецептора ТПО и/или ВВИГ может способствовать снижению их дозировки, и, возможно, полной их отмене. В настоящее

время мы полагаем, что следует избегать назначения ритуксимаба, а снижение дозировки циклоспорина может не оказать значительного негативного влияния на эффективность терапии.

3. Существует ли в настоящих условиях повышенного риска необходимость в корректировке графика анализов или пороговых значений формулы крови для начала терапии у пациентов, которые для взятия крови вынуждены физически присутствовать в мед. учреждениях?

Большинство пациентов с ИТП в зависимости от симптомов следует консультировать по телефону, посредством сообщений (в мессенджерах) или по электронной почте. При этом необходимо снизить частоту забора крови. Тем не менее, определенной категории пациентов (пожилым людям, пациентам, принимающим

антитромбоцитарные препараты, пациентам с сильными кровотечениями в анамнезе или подверженным другим факторам риска), а также больным, чье состояние нестабильно, возможно, не следует вносить изменения в график сдачи анализов. В некоторых странах посещение медицинских учреждений может быть серьезным фактором риска, так как вероятность заражения там значительно выше.

4. Какой подход следует применять при госпитализации пациентов с ИТП, обнаруживающих симптомы тяжелой формы COVID-19?

Если у пациента с подтвержденными ИТП и COVID-19 наблюдается резкое снижение количества тромбоцитов до опасных значений, к примеру, менее 10-20000/мкл, при сильном кровотечении следует назначать ВВИГ с переливанием тромбоцитарной массы. Если терапия пациента уже включает в себя агонисты рецептора ТПО, дозу

можно увеличить или добавить еще один препарат, к примеру, добавить ромиплостим в схему лечения элтромбопагом/аватромбопагом или добавить элтромбопаг/аватромбопаг в схему лечения ромиплостимом. Можно также рассмотреть вариант кратковременного курса лечения стероидными препаратами (1-5 дней) для увеличения количества тромбоцитов, однако их влияние на подверженность инфицированию COVID-19 и исход болезни на данный момент неизвестно.

Тяжелая тромбоцитопения редко наблюдается на фоне выявленного COVID-19, и исход болезни чаще всего неутешителен. Показано выявление ДВС-синдрома или альтернативной причины заболевания. Наличие тромбоцитопении говорит скорее о степени тяжести инфекции и ее осложнениях, чем о возникновении или обострении ИТП. Вопрос использования НМГ или гепарина в качестве препаратов для лечения больных с подтвержденным COVID-19 остается спорным. Тем не менее НМГ/гепарин широко используются в качестве профилактики тромбозов у пациентов с острым течением болезни/больных в отделении интенсивной терапии при общем повышенном риске тромбоза. До получения более подробных сведений или проведения официального клинического исследования у пациентов с тяжелой формой COVID-19 соотношение потенциальных рисков и пользы лечения НМГ/гепарином должно рассматриваться для каждого пациента в индивидуальном порядке.

5. Что если пациенту была проведена спленэктомия?

(Редакция 1.1; последнее обновление 8 апреля 2020 г.)

Данные получены от: доктора Джеймса Бассела (James Bussel), доктора Дуга Синеса (Doug Cines), доктора Николя Купер (Nichola Cooper) и доктора Франческо Родегьеро (Francesco Rodeghiero)

Image

Примечание:

Ознакомьтесь с заявлением об отказе от ответственности Американского общества гематологов (ASH) относительно использования следующей информации.

COVID-19 и апластическая анемия: часто задаваемые вопросы

1. Каковы действия пациентов с апластической анемией (АА) в случае заражения COVID-19?

На сегодняшний день имеется слишком мало сведений о течении COVID-19 у людей с апластической анемией. У пациентов, получающих активную терапию от АА, иммуносупрессия может повышать риск инфицирования и развития осложнений, но может быть целесообразной, если впоследствии она уменьшит разрушение тканей.

2. Каковы реалистичные варианты лечения новых пациентов с тяжелой формой АА (ТАА)?

Радикальными методами терапии для ТАА остаются трансплантация или иммуносупрессия с использованием лошадиного антитимоцитарного глобулина, циклоспорина и элтромбопага (ИСТ). У пациентов с АКН<200/мкл (сверхтяжелая форма АА) задержка трансплантации или иммуносупрессорной терапии влечет за собой известные риски, которые, вероятно, перевешивают неустановленные риски заражением коронавирусной инфекцией во время госпитализации или влияния иммуносупрессии на течение COVID-19. Тем не менее, оптимальные методы лечения могут оказаться невозможными. Возможность проведения трансплантаций может быть ограничена в ближайшие несколько недель или месяцев. Тем не менее, центры по-прежнему принимают для проведения трансплантации пациентов с высоким риском летального исхода в случае задержки ее проведения. Можно также отметить возможность проведения трансплантации для пациентов с СТАА (АКН<200/мкл) при наличии здорового подходящего донора.

Лечение с помощью АТГ и циклоспорина не является схемой глубокой

иммуносупрессии. АТГ в основном оказывает воздействие на Т-лимфоциты, и период снижения циркулирующих лимфоцитов относительно небольшой. В то время как повышение герпесвирусной нагрузки после АТГ встречается достаточно часто, клинически вирусная инфекция подтверждается редко, в отличие от последствий аллогенной трансплантации, поэтому экстраполяцию данных о герпесвирусах на новый коронавирус следует проводить с осторожностью. При монотерапии циклоспорином не ожидается повышение частоты и тяжести течения вирусных инфекций, однако этот препарат также может быть временно отменен.

Госпитализация пациентов для введения АТГ может быть проблематичной, учитывая нехватку койкомест и риск контакта с пациентами, зараженными COVID-19. Возможной перспективой является выжидательная тактика, подразумевающая прием только циклоспорина и элтромбопага, особенно пациентами с АНК > 200/мкл. В Национальном центре исследования сердца, легких и крови есть подобный протокол для пациентов, которые не могут незамедлительно получить одобренное лечение АТГ; амбулаторным пациентам под наблюдением местного врача следует начинать лечение с приема низкой дозировки циклоспорина и полной дозировки элтромбопага, с использованием препаратов, поставляемых Национальным институтом здоровья. Также рекомендовано использование услуг дистанционной медицины для регистрации по протоколу и мониторинга токсичности.

3. Существует ли необходимость в изменении частоты забора анализов крови и переливаний? Можно ли лечить фебрильную нейтропению в домашних условиях? Будут ли доступны лекарства?

Графики проведения анализов могут быть изменены в зависимости от стабильности показателей и индивидуального подхода к каждому пациенту с целью максимального сокращения необходимости посещений медицинских учреждений. Проведение анализов раз в две недели может быть достаточным. При этом рекомендуется проводить забор анализов и переливание эритроцитарной массы за один прием. Тромбоциты обычно вводят профилактически для поддержания уровня $>10000/\text{мкл}$, однако у пациентов с нарушениями костного мозга без кровотечений можно применить симптоматическую схему переливаний, когда переливание тромбоцитов производится только в случае необходимости. Г-КСФ не показал улучшения результатов при ТАА, и его назначать не следует. Также не следует назначать кортикостероиды, кроме случаев, когда они требуются при приеме лошадиного АТГ для предотвращения сывороточной болезни.

Мы все еще госпитализируем пациентов с ТАА, обращающихся с фебрильной нейтропенией, для начала лечения. Клинически стабильных пациентов можно

выписывать домой раньше с назначением пероральных антибиотиков.

Если выбрано лечение АТГ, предварительно необходимо определить наличие достаточного количества препарата в прибольничной аптеке. Циклоспорин и элтромбопаг должны быть легко доступны. Определение концентрации циклоспорина в крови у пациента, продемонстрировавшего стабильность показателей, можно проводить реже одного раза в неделю, чтобы сократить количество посещений лаборатории.

Пациентам с часто встречающейся при наличии АА ПНГ, которые нуждаются в антикомплементарной терапии, не следует прерывать ее из-за риска развития острого и необратимого тромбоза. Равализумаб, считается предпочтительнее экулизумаба, так как требует введения только один раз в 8 недель, тем самым снижая количество посещений врачебного кабинета или центра переливания крови.

4. Какова роль мониторинга COVID-19 у пациентов с нейтропенией и/или иммуносупрессией?

Пациенты, которым назначается интенсивная радикальная терапия, подразумевающая трансплантацию или ИСТ, должны быть обследованы на наличие COVID-19. В случае положительного результата, терапия должна быть отложена до полного устранения вирусной инфекции. Несмотря на предпочтительность раннего лечения, улучшение картины крови после иммуносупрессивной терапии не наступает моментально и обычно происходит только через несколько недель или месяцев, поэтому задержка ИСТ на одну-две недели для снижения вероятности заражения вирусом не окажет значительного влияния на скорость улучшения показателей крови.

(Редакция 1.1; последнее обновление 14 апреля 2020 г.)

Данные получены от: доктора Нила Янга (Neal Young) при участии доктора Роберта Бродски (Robert Brodsky), доктора Синтии Данбар (Cynthia Dunbar), доктора Джудит Марш (Judith Marsh) и доктора Реджиса Пефо де ла Тур (Regis Peffault de la Tour)

Image

Примечание:

Ознакомьтесь с заявлением об отказе от ответственности Американского общества гематологов (ASH) относительно использования следующей информации.

11213624/REV/WEB/07.24/0

Теги

- Гематология
-

Source URL: <https://www.pro.novartis.ru/ru-ru/therapeutical-areas/hematology/covid-i-itp>