

## Komentarz

Chorzy leczeni przewlekle doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi wymagają szczególnej opieki podczas planowania i wykonywania zabiegów z zakresu chirurgii stomatologicznej i szczękowo-twarzowej. Przerwanie leczenia przeciwzakrzepowego może prowadzić do powikłań zakrzepowo-zatorowych, zaś utrzymanie wartości INR w granicach terapeutycznych u chorych leczonych chirurgicznie może wywołać wczesne lub późne krwawienia z ran.

Postępowanie okołozabiegowe w chirurgii stomatologicznej u chorych przyjmujących leki przeciwzakrzepowe stanowi – podobnie jak w innych specjalnościach chirurgicznych – istotny problem leczniczy. Systematycznie wzrasta bowiem liczba chorych wymagających przewlekłego postępowania przeciwzakrzepowego.

Jedną z metod stosowanych w naszej klinice u chorych przyjmujących pochodne kumaryny jest czasowa konwersja do dawek leczniczych niskocząsteczkowej heparyny podawanej podskórnie. W codziennej praktyce 2 doby przed planowanym zabiegiem odstawiamy leki doustne i heparynę niskocząsteczkową, aż do uzyskania wartości terapeutycznych INR. U chorych po rozległych zabiegach podawanie leków doustnych zlecamy po kilku dniach. Wydaje się, iż takie postępowanie zapewnia utrzymanie odpowiedniego poziomu zabezpieczenia przed wystąpieniem powikłań zatorowo-zakrzepowych oraz stwarza dobre warunki hemostazy okołozabiegowej. Jednak wymaga ono nie tylko kilkakrotnej kontroli parametrów krzepnięcia krwi lecz równocześnie wydłuża hospitalizację chorych.

Z kolei u chorych przyjmujących pochodne kwasu acetylosalicylowego z reguły nie zaprzestajemy ich podawania, gdyż efekt polepszenia czynności trombocytów po odstawieniu tych preparatów następuje dopiero po kilku tygodniach. W tych przypadkach – podobnie jak autorzy – nie obserwujemy istotnie zwiększonego krwawienia okołozabiegowego.

Bardzo ciekawa praca jest jednym z nielicznych tego typu opracowań w Polsce, poruszających tak ważny z klinicznego punktu widzenia problem leczniczy. Niska liczba powikłań (krwawień) opisywanych przez autorów skłania do zastanowienia się nad takim sposobem postępowania.

Warto jednak zwrócić uwagę, że do wniosków prezentowanych przez autorów interesującej pracy, a dotyczących powikłań zakrzepowych lub innych ciężkich zaburzeń związanych z modyfikacją leczenia można

dojść dopiero po prospektywnym porównaniu większej i odpowiednio znamiennej liczby chorych.

Interesującym i wartym również podkreślenia jest fakt, że częstość opisywanych przez autorów powikłań związanych z nadmiernym krwawieniem po zabiegach wykonywanych w jamie ustnej nie koreluje ze wzrostem INR. Taka obserwacja nie jest tylko konkluzją komentowanej pracy, lecz także innych prac cytowanych przez autorów. Wydłużenie INR jest miarą adekwatności leczenia pochodnymi kumaryny i wg tego wskaźnika określa się ilość przyjmowanego przez chorego preparatu.

Dlatego wydaje się koniecznym zastosowanie innych wskaźników oceniających ryzyko nasilenia krwawienia okołozabiegowego u tych chorych. Jedną z metod może być tromboelastografia, umożliwiająca aktualną ocenę wydolności układu krzepnięcia z uwzględnieniem czynności płytek krwi oraz aktywności układu fibrynolitycznego.

Uważam, że tromboelastografia może wywrzeć istotny wpływ na poszukiwanie trafnej oceny aktywności układu krzepnięcia w przełożeniu na ryzyko krwawień okołozabiegowych u chorych przyjmujących różne antykoagulanty, nawet w przypadku stosowania preparatów z różnych grup jednocześnie.

*prof. zw. dr hab. med. Hubert Wanyura  
Instytut Stomatologii, Wydział Lekarski  
Akademia Medyczna, Warszawa*