

• ДАЙДЖЕСТ

Преимущества и риски профилактики венозной тромбоэмболии с помощью эноксапарина у пациентов общехирургического профиля в реальной клинической практике: результаты исследования CLEVER

Целью настоящего исследования было оценить эффективность тромбопрофилактики с помощью эноксапарина в реальной клинической практике и идентифицировать факторы риска геморрагических осложнений при его использовании.

В исследовании приняли участие 448 хирургических пациентов, получавших эноксапарин с целью тромбопрофилактики. Ультразвуковое исследование (УЗИ) сосудов нижних конечностей с компрессионной пробой проводили на 10-й (± 3) день терапии.

За период лечения у 11 из 448 больных было подозрение на тромбоз глубоких вен (ТГВ), но он не подтвердился. Один пациент имел симптомы тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). С помощью УЗИ не было обнаружено ни одного бессимптомного случая ТГВ.

За 90 дней последующего наблюдения у 4 из 440 пациентов (0,9%) наблюдались симптомы ТГВ (95% ДИ 0,02-1,80), но не было отмечено ни одного случая ТЭЛА.

У 5,4% исследуемых имели место большие геморрагические осложнения, у 11,6% – любые геморрагические осложнения. Большие кровотечения развивались чаще всего у пациентов с заболеваниями почек (относительный риск 5,53), иммобилизованных больных (ОР 5,49), у лиц с длительно установленным перидуральным катетером (ОР 4,01) и получавших нестероидные противовоспалительные препараты (ОР 3,33).

Таким образом, эноксапарин продемонстрировал себя как эффективный и безопасный препарат для профилактики венозной тромбоэмболии у хирургических больных в условиях реальной клинической практики.

Schellong S.M. et al. Clin Appl Thromb Hemost. 2012 Oct 11

Ведение пациентов с тромбозом мезентериальных вен: опыт одной клиники

Тромбоз мезентериальных вен встречается редко и составляет примерно 5-15% всех случаев острой мезентериальной ишемии. Целью данного сообщения является обсуждение возможностей терапии тромбоза мезентериальных вен, основанное на опыте одной клиники в ведении 34 таких больных.

В настоящем ретроспективном исследовании были оценены результаты лечения 34 пациентов, которые были госпитализированы в отделение неотложной хирургии в период с января 2007 по январь 2010 года с диагнозом острого тромбоза мезентериальных вен. Диагноз устанавливали с помощью КТ-ангиографии. Больным с наличием перитонеальных симптомов в первую очередь выполняли диагностическую лапароскопию, чтобы исключить перфорацию или гангрену кишечника. Повторную лапароскопию проводили в течение 72 ч после первого оперативного вмешательства. Всем пациентам вводили антикоагулянт эноксапарин в дозе 100 мг/кг дважды в день. Для оценки реканализации вены через 6 и 12 мес наблюдения выполняли контрольную КТ-ангиографию.

Согласно результатам исходной КТ-ангиографии тромбоз верхней брыжеечной вены был диагностирован у 25 (73%) больных, воротной вены – у 24 (70%), селезеночной вены – у 12 (35%). Диагностическая лапароскопия была выполнена у одиннадцати пациентов с наличием перитонеальных симптомов, из них восемь больных подверглись резекции тонкой кишки с последующим формированием кишечного анастомоза. Пациентам с признаками ишемии кишечника, обнаруженными при последующей лапароскопии, выполняли повторную резекцию кишечника.

Таким образом, ранняя диагностика с помощью КТ-ангиографии, восстановление кровотока с помощью хирургических и консервативных методов, адекватная антикоагулянтная и поддерживающая интенсивная терапия являются

краеугольным камнем успешного лечения больных с острым тромбозом мезентериальных вен.

Yanar F. et al. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2013; 19 (3): 223-228

Сравнительное исследование пролонгированной и краткосрочной тромбопрофилактики эноксапарином у пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава

Пролонгированная послеоперационная тромбопрофилактика с помощью низкомолекулярного гепарина (НМГ) в течение 4 нед считается в настоящее время более предпочтительной по сравнению с краткосрочной профилактикой тромбозов у больных, перенесших тотальное

эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава (ТЭТС и ТЭКС). Целью данного исследования было оценить и сравнить эффективность пролонгированной и краткосрочной тромбопрофилактики при плановых операциях ТЭТС и ТЭКС.

В исследование были включены 992 пациента, перенесших плановое ТЭТС или ТЭКС. Группу проспективного наблюдения составили 197 больных, которым проводили пролонгированную тромбопрофилактику эноксапарином в течение 4 нед. В контрольную ретроспективную группу вошли 795 пациентов, которым выполняли краткосрочную тромбопрофилактику в течение 7-11 дней. В обеих группах НМГ (эноксапарин) назначали в дозе 40 мг подкожно в дополнение к механическому методу тромбопрофилактики.

Первичной конечной точкой эффективности была частота объективно подтвержденной венозной тромбоэмболии. Наличие ТГВ подтверждали с помощью комбинации методов – шкалы оценки

риска развития ТГВ, оценки уровня D-димера в сыворотке крови и цветного доплеровского картирования кровотока в глубоких венах нижних конечностей. Для верификации диагноза ТЭЛА использовали вентиляционно-перфузионное сканирование легких или легочную ангиографию.

В группе пролонгированной тромбопрофилактики только у одного больного развилась ТЭЛА по сравнению с 26 случаями венозной тромбоэмболии в контрольной группе (20 – ТЭЛА и 6 – ТГВ).

Таким образом, пролонгированная тромбопрофилактика (в течение 4 нед) оказалась более эффективной, чем краткосрочный курс медикаментозной профилактики послеоперационной венозной тромбоэмболии у пациентов, перенесших плановое ТЭТС или ТЭКС.

Nair V. et al. Indian J Orthop. 2013; 47 (2): 161-167

Подготовил Вячеслав Килимчук

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ СПЕЦІАЛІСТІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

КЛЕКСАН®
еноксапарин




Показания*:

- Профілактика венозної тромбоемболії при хірургічних втручаннях, які супроводжуються помірним та високим тромбогенним ризиком.
- Профілактика тромбозу глибоких вен у пацієнтів, які перебувають на постільному режимі у зв'язку із гострими терапевтичними захворюваннями:
 - серцевою недостатністю (III або IV клас за класифікацією NYHA);
 - гострою дихальною недостатністю;
 - гострим інфекційним або ревматичним захворюванням при наявності принаймні ще одного фактора ризику венозної тромбоемболії.
- Профілактика тромбоемболії в екстракорпоральному контурі кровообігу під час проведення гемодіалізу (процедура в середньому триває близько 4 годин або менше).
- Лікування діагностованого тромбозу глибоких вен, що супроводжується тромбоемболією легеневої артерії або без неї та не має тяжких клінічних симптомів, за винятком тромбоемболії легеневої артерії, яка вимагає лікування тромболітичним засобом або хірургічного втручання.
- Лікування нестабільної стенокардії та гострого інфаркту міокарда без зубця Q у комбінації з ацетилсаліциловою кислотою.
- Лікування гострого інфаркту міокарда з підйомом/елевациєю сегмента ST у комбінації з тромболітичним засобом у хворих, до яких можливе подальше застосування коронарної ангіопластики, а також без неї.

Поширені побічні реакції: геморагічні прояви, тромбоцитопенія, безсимптомне та зворотне підвищення рівня тромбоцитів, алергічні реакції, остеопороз, гіперкаліємія¹.

Повну інформацію про побічні ефекти та використання Ви можете знайти в інструкції для медичного застосування препарату Клексан®.

Інструкція для медичного застосування препарату Клексан®.
Р.П. № UA/7181/01/01 Наказ МОЗ України від 21.09.2012 № 734.
Р.П. № UA/7182/01/01 Наказ МОЗ України від 18.05.2010 № 417.
Р.П. № UA/10143/01/01/ Наказ МОЗ України від 21.09.2012 № 734.
ТОВ «Санofi Авентіс Україна»
Україна, 01033, Київ, вул. Жилинська, 48-50а, тел.: 0 (44) 354-20-00

UA.EMO.12.10.01

SANOFI