

Территория безопасности

Программа предупреждения венозных тромбозмобических осложнений в Украине

Венозные тромбозмобии (ВТЭ) – широко распространенные осложнения в хирургической и терапевтической клинической практике, которые характеризуются высоким уровнем смертности. Ежегодно в Европейском Союзе возникает 1,5 млн случаев ВТЭ (W.H. Geerts, 2004), в США – 900 тыс. случаев (R.H. White et al., 1998). Ежегодное количество смертей, связанных с ВТЭ, по данным литературы, превышает общее количество случаев смерти от СПИДа, рака грудной железы и смерти от дорожно-транспортных происшествий.

Сегодня идеология предупреждения ВТЭ с целью снижения уровня смерти у пациентов высокого риска активно развивается во всем мире, и ее практическая реализация в Украине стала целью проведения проекта «Территория безопасности», организованного по инициативе Ассоциации ангиологов и сосудистых хирургов Украины при содействии Ассоциации кардиологов, сердечных и сосудистых хирургов г. Киева и Украинской ассоциации специалистов по неотложной кардиологии, при поддержке компании Санофи.

11 апреля в г. Киеве состоялся совет экспертов, в ходе которого были рассмотрены проблемы тромбопрофилактики в мире и Украине, а также результаты программы «Территория безопасности» за 2013 г. и направления дальнейшей работы. Во время мероприятия обсуждались следующие вопросы:

- отдельные проблемы тромбопрофилактики в общей и сосудистой хирургии, онкологии, акушерстве, у пациентов ортопедического, гинекологического и неврологического профиля, у больных с сердечной и дыхательной недостаточностью;

- образовательная работа с врачами в области тромбопрофилактики;

- необходимость обновления Национальных междисциплинарных рекомендаций по проведению тромбопрофилактики;

- сотрудничество с МЗ Украины с целью повышения юридического значения Национальных рекомендаций по проведению тромбопрофилактики для практического здравоохранения;

- проблема доступности инструментально-лабораторного обследования пациентов с подозрением на ВТЭ;

- перспектива формирования центров для предоставления высококвалифицированной помощи пациентам с ВТЭ как в момент развития осложнения, так и при необходимости консультативной помощи в дальнейшем.

В мероприятии приняли участие 16 ведущих украинских экспертов в области хирургии и терапии. В частности, на заседании выступили с докладами член-корреспондент НАМН Украины, вице-президент Ассоциации кардиологов Украины, руководитель рабочей группы по неотложной кардиологии, президент Украинской ассоциации специалистов по неотложной кардиологии, руководитель отдела реанимации и интенсивной терапии НИЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Александр Николаевич Пархоменко и вице-президент Ассоциации сосудистых хирургов Украины, ведущий научный сотрудник отдела хирургии магистральных сосудов Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова, доктор медицинских наук, профессор Лариса Михайловна Чернуха.

? Какие пациенты имеют повышенный риск развития ВТЭ и какие последствия влечет отсутствие эффективной профилактики этих осложнений?

Профессор Л.М. Чернуха:

- Высокий риск развития ВТЭ наблюдается при выполнении большого количества вмешательств в общей хирургии, при абдоминальных и ортопедических (эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов, вмешательстве



Л.М. Чернуха



А.Н. Пархоменко



по поводу переломов бедренной кости и таза) операциях.

Риск развития ВТЭ – тромбозмобии легочной артерии (ТЭЛА) и тромбоза глубоких вен (ТГВ) – особенно высок, начиная с момента хирургического вмешательства и в течение 4-5 нед после его проведения. ТЭЛА – событие, сопряженное с высоким риском смерти, а у выживших пациентов – с риском формирования хронического легочного сердца. ТГВ часто приводит к развитию посттромботической болезни (синдрома) – хронического заболевания, обусловленного органическим поражением глубоких вен и проявляющегося нарушением венозного оттока из пораженной конечности. Вероятность развития тяжелых форм посттромботической болезни у пациентов с ТГВ тем выше, чем больше поражен сегмент сосуда. Образование трофических язв можно наблюдать уже через 2-4 года после развития ТГВ.

Продолжение на стр. 14.

Оценка рисков по шкале Caprini

Поставьте соответствующий балл, если у пациента есть такой фактор риска, и укажите общую сумму баллов.

1. Поставьте 1 балл в необходимую ячейку

- Возраст 41-60 лет
- Незначительная плановая хирургия
- Массивная хирургия в анамнезе (<1 мес)
- Варикозное расширение вен нижних конечностей
- Данные о воспалительном заболевании кишечника
- Отек нижних конечностей (в настоящий момент)
- Ожирение (ИМТ >25 кг/м²)
- Острый инфаркт миокарда (<1 мес)
- Застойная сердечная недостаточность (<1 мес)
- Сепсис (<1 мес)
- Тяжелая пневмопатия, в т.ч. пневмония (<1 мес)
- Хроническое обструктивное заболевание легких
- Имобилизация по медицинским причинам
- Переливание крови (<1 мес)
- Беременность или послеродовой период (<1 мес)
- Пероральная контрацепция или заместительная гормональная терапия
- Мертворождаемость необъяснимого генеза, спонтанный выкидыш (≥3), преждевременные роды с токсемией или задержка развития у новорожденного

2. Поставьте 2 балла в необходимую ячейку

- Возраст 61-74 года
- Массивное хирургическое вмешательство (>45 мин)
- Артроскопическое вмешательство
- Онкология (ранее или в настоящий момент)
- Центральный венозный катетер
- Лапароскопическое вмешательство (>45 мин)
- Имобилизация (>72 ч)
- Имобилизационная гипсовая повязка (<1 мес)

3. Поставьте 3 балла в необходимую ячейку

- Возраст ≥75 лет
- Данные о ТГВ/ТЭЛА в анамнезе
- Данные о ТГВ/ТЭЛА в семейном анамнезе
- Положительный результат теста на наличие фактора V Лейдена

- Положительный результат теста на протромбин 20210A
- Высокие уровни гомоцистина в сыворотке крови
- Положительный результат теста на волчаночный антикоагулянт
- Высокие уровни антикардиолипидных антител
- Тромбоцитопения на фоне гепарина
- Другие тромбофилические факторы

4. Поставьте 5 баллов в необходимую ячейку

- Плановая артропластика суставов нижних конечностей
- Перелом шейки бедра, таза или нижних конечностей (<1 мес)
- Инсульт (<1 мес)
- Политравматизм (<1 мес)
- Острое повреждение спинного мозга (<1 мес)

Итого баллов

Уровень риска по классификации АССР (2012) и количество баллов по шкале Caprini	Профилактика у пациентов без высокого риска кровотечений
Очень низкий (0 баллов)	Ранняя активация и или механическая профилактика
Низкий (1-2 балла)	Только механическая профилактика
Умеренный (3-4 балла)	НМГ, или нефракционированный гепарин (НФГ) в низкой дозе
Высокий (5 и более баллов)	НМГ или НФГ и дополнительно механическая профилактика

Территория безопасности

Программа предупреждения венозных тромбоземболических осложнений в Украине

Продолжение. Начало на стр. 3.

Стратификация риска развития ВТЭ и их профилактика сегодня являются стандартной тактикой ведения хирургических пациентов, что отражено во всех международных руководствах, в которых четко обозначены факторы риска, методы профилактики в зависимости от степени риска; сроки начала и длительность антикоагулянтной терапии в случае ее необходимости. Однако недооценка риска у этих больных, отсутствие или низкая эффективность профилактики являются сегодня актуальной проблемой во всем мире. Согласно данным А.Т. Cohen (1996) и D.A. Sandler (1989), более чем у 90% пациентов, которые умерли от фатальных ВТЭ, никогда не был установлен диагноз и не проводилось соответствующее лечение.

Профессор А.Н. Пархоменко:



— Что касается нехирургических больных, то высокий риск ВТЭ характерен для терапевтических пациентов с острыми заболеваниями: застойной сердечной недостаточностью, тяжелым респираторным заболеванием, тяжелым инфекционным заболеванием органов грудной клетки. Кроме того, высокий риск имеют пациенты, которые находятся на постельном режиме и имеют дополнительные факторы риска, такие как ВТЭ в анамнезе, сепсис, острое неврологическое заболевание, воспалительное заболевание и т. д. Отдельного внимания заслуживают пациенты с онкологической патологией — наличие активного рака является одним из наиболее сильных факторов риска развития ВТЭ, что однозначно требует проведения профилактики.

На долю острых терапевтических больных приходится 1/4 всех случаев развития ТЭЛА (D.A. Sandler et al., 1989), а риск развития фатальной ТЭЛА у них в 3 раза выше по сравнению с таковым в общей популяции. Клиническая симптоматика ТЭЛА во многом схожа с таковой при заболеваниях легких и сердечно-сосудистой системы, поэтому ее диагностика затруднена, особенно при отсутствии у врачей настороженности. Частым осложнением недиагностированной ТЭЛА является легочная гипертензия, которая в начальном периоде часто протекает бессимптомно, но сопряжена со значительными осложнениями и высоким риском смерти.

ТГВ — еще одно частое осложнение у нехирургических пациентов высокого риска. По данным УЗИ, ТГВ обнаруживают у 33% медикаментозно леченных больных в блоках реанимации и интенсивной терапии (D.R. Hirsh, 1995).

Между тем, ситуация в области тромботической профилактики у больных нехирургического профиля еще более серьезная по сравнению с хирургическими пациентами: по данным регистра ENDORSE, во всем мире профилактику ВТЭ не получают 52% нуждающихся в ней терапевтических пациентов.

? Каковы причины недостаточной профилактики ВТЭ у госпитализированных пациентов?

Профессор Л.М. Чернуха:



— Наиболее частые причины: неправильная оценка риска и недостаточная диагностика состояний, которые являются факторами риска ВТЭ, и, как следствие, неправильный выбор метода профилактики или ее недостаточная длительность. Наглядным примером является недооценка риска у пациентов, которым проводится коррекция венозного оттока с применением миниинвазивных эндоваскулярных методик (эндоваскулярной лазерной коагуляции, радиочастотной облитерации магистральных подкожных вен), например,

при варикозной болезни. Эти пациенты почти никогда не получают антикоагулянты, даже при наличии явных факторов риска — ожирения или ВТЭ в анамнезе. По данным литературы, только около 12% хирургов используют протокол тромботической профилактики при таких вмешательствах. Истинную частоту ВТЭ у этих больных трудно определить, поскольку они исчезают из поля зрения хирургов после операции. Однако настораживают результаты недавнего исследования с использованием дуплексного билатерального ангиосканирования, согласно которым венозные тромбозы возникают в 5% случаев уже через 2-4 нед после операций на венах.

Еще один пример — пациенты, прооперированные по поводу аневризмы аорты. Высокий риск ВТЭ у этих больных обусловлен наличием, как правило, нескольких факторов риска: старческий возраст, ограничение подвижности, ишемия конечностей, продолжительное хирургическое вмешательство, обширная интраоперационная травма, атеросклероз и сопутствующие заболевания. По данным исследования, проведенного у этих пациентов, в 81% случаев ВТЭ были диагностированы после выписки. Уровень смертности от ТЭЛА после выписки у больных, успешно прооперированных по поводу аневризмы аорты, составил 1,5-6,2%. Авторы исследования пришли к выводу, что 41% тромбоземболических событий после выписки из стационара (B. Ramanan et al., 2013)

Между тем, стратификацию риска осуществить достаточно легко — для этого в распоряжении хирургов имеются шкалы Hirsh, C. Samama и M. Samama, а также шкала Caprini, которая представлена, в частности, в обновленной версии рекомендаций Американской коллегии торакальных врачей (American College of Chest Physicians — ACCP, 2012) по профилактике ВТЭ (J. Chest, 2012). Шкала Caprini учитывает многие факторы, влияющие на степень риска развития ВТЭ: характер операции, состояние пациента, в том числе возраст, анамнестические данные, данные о воспалительных заболеваниях и многое другое. На сегодня эта шкала является оптимальной для оценки риска у хирургических больных, и мы планируем внести ее в новые национальные мультидисциплинарные рекомендации по профилактике венозных тромбозов.

Профессор А.Н. Пархоменко:

— В отношении нехирургических больных врачи проявляют еще меньшую настороженность, сосредотачиваясь только на лечении основного заболевания. Для оценки риска ВТЭ у госпитализированных терапевтических пациентов сегодня используется шкала Падуа (табл. 1). В соответствии этой шкалой высокий риск развития ВТЭ имеют больные, которым присвоено

Таблица 1. Факторы риска ВТЭ у госпитализированных терапевтических больных (шкала Падуа в модификации Кучера)	
Фактор риска	Балл
Активный рак (метастазы и/или химиотерапия или радиотерапия <6 мес назад)	3
Анамнез предыдущих ВТЭ (за исключением тромбоза поверхностных вен)	3
Ограниченная подвижность (постельный режим с посещением туалета ≥3 дней) из-за ограничений, имеющихся у больного или по предписанию врача	3
Известная тромбофилия (дефекты антитромбина, протеина С или S, фактор V Лейден, мутация протромбина G 20210A, антифосфолипидный синдром)	3
Травма и/или операция в последний 1 мес	2
Возраст ≥70 лет	1
Сердечная и/или дыхательная недостаточность	1
Острый инфаркт или инсульт	1
Острое инфекционное или ревматическое заболевание	1
Ожирение (ИМТ >30 кг/м ²)	1
Продолжение использования гормональной заместительной терапии или пероральных контрацептивов	1
Высокий риск ВТЭ ≥4	

4 и более балла. Исходя из того, что у больных, госпитализированных с острой терапевтической патологией, как правило, ограничена подвижность (3 балла по шкале Падуа) и часто имеется, как минимум, еще один фактор риска, то пациенты с 4 баллами и выше, т. е. с высоким риском развития ВТЭ, составляют большинство среди тех, кто находится на лечении в отделениях интенсивной терапии.

Другая причина отсутствия адекватной тромботической профилактики для больных нехирургического профиля — отсутствие четких рекомендаций для некоторых категорий пациентов, например госпитализированных с тяжелыми нарушениями мозгового кровообращения.

Наконец, всегда следует учитывать такие причины, как врачебная инертность и опасения по поводу назначения антикоагулянтов на фоне другого серьезного лечения, например химиотерапии у онкологических больных. При ведении таких пациентов существуют официальные рекомендации, в которых есть четкие указания на то, при каких видах рака антикоагулянты можно назначать одновременно с химиотерапией.

Проблемы, связанные со стратификацией риска ВТЭ как у хирургических, так и у терапевтических пациентов, были продемонстрированы уже на первом этапе работы проекта «Территория безопасности» в Украине.

? Как осуществлялся первый этап работы проекта «Территория безопасности» и какие основные задачи были поставлены перед врачами?

Профессор Л.М. Чернуха:

— В проекте, стартовавшем в феврале 2013 г., приняла участие 9 стационаров в 8 городах Украины — Киеве, Львове, Ужгороде, Ровно, Харькове, Запорожье, Донецке, Симферополе. Алгоритм действий врачей включал оценку риска развития ВТЭ у пациентов, поступавших в профильные отделения стационаров, и назначение профилактики, которая соответствует современным стандартам. На первом этапе работы программы необходимо было оценить ситуацию в области профилактики ВТЭ у хирургических и терапевтических пациентов высокого риска: настороженность врачей в отношении этих осложнений; частоту использования в повседневной клинической практике современных методов оценки риска ВТЭ; умение врачей правильно оценивать этот риск у пациентов разного профиля; используемые методы профилактики, ее длительность и т. д.

Профессор А.Н. Пархоменко:

— Задачи первого этапа проведения проекта выполнены — основные проблемы в этой области обозначены, хотя результаты неутешительны и свидетельствуют о том, что основная и самая сложная работа еще впереди. Глобальными же задачами проекта являются улучшение качества оказания медицинской помощи в стационарах путем использования современных стандартов профилактики ВТЭ; снижение частоты возникновения этих осложнений и, как следствие, уменьшение риска смерти и повышение качества жизни у пациентов во время лечения; снижение общих затрат на лечение.

? Какие результаты получены в рамках проведения проекта в 2013 г.?

Профессор Л.М. Чернуха:

— По оценкам врачей, высокий риск развития ВТЭ имели 38% хирургических пациентов, умеренный — 40%, низкий — 20%. Таким образом, в хирургической практике достаточно часто встречаются пациенты высокого риска. Среди них значительную часть составляют больные, перенесшие операции на сосудах.

Среди пациентов хирургического профиля (доля лиц в возрасте старше 65 лет составила 41% от общего количества участников) в проведении тромботической профилактики нуждались 78% больных, соответствующая терапия была проведена в 71% случаев. Эти цифры свидетельствуют о наличии настороженности хирургов в отношении ВТЭ у профильных пациентов. Частота развития ТГВ после лечения составила 2,5%, ТЭЛА и летального исхода — 0,3%, что коррелирует с зарубежными данными и демонстрирует достаточно хороший уровень профилактики.

Однако анализ факторов риска ВТЭ, указанных врачами, продемонстрировал их недостаточную

осведомленность в этом вопросе. Например, у пациентов, у которых была определена средняя степень риска, в 51% случаев факторы риска не были указаны. Кроме того, к категории среднего и даже низкого риска отнесены пациенты с онкологическими заболеваниями, наличие последних в соответствии с современными шкалами означает высокую степень риска, независимо от вида оперативного вмешательства.

Достаточно оптимистичными выглядят данные, в соответствии с которыми в 72% случаев больным тромботическую профилактику назначали за 12 ч до операции.

Что касается длительности тромботической профилактики, то в 81% случаев врачи не указали сроки ее проведения после выписки из стационара, следовательно, этот аспект остается за пределами поля зрения наших специалистов.

Терапия, которую применяли в качестве профилактики ВТЭ, соответствовала современным стандартам, которые предполагают применение с этой целью нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов – НМГ (в частности, эноксапарина), антагонистов витамина К, фондапаринукса, новых пероральных антикоагулянтов.

Отмечу, что НМГ, в частности эноксапарин (Клексан®), остаются сегодня золотым стандартом антитромботической терапии и профилактики ВТЭ.

Таким образом, при наличии у хирургов осторожности в отношении развития ВТЭ у госпитализированных больных в большинстве случаев стратификация риска осуществляется некорректно вследствие различных причин. В ряде случаев имеет место формальный подход к назначению антикоагулянтов без контроля сроков проведения профилактики, что обуславливает недостаточную ее эффективность и отсутствие адекватной защиты пациентов от тромбозов.

Профессор А.Н. Пархоменко:

– Крайне неудовлетворительные результаты в области оценки риска ВТЭ получены при анализе листов оценки риска нехирургических пациентов, среди которых доля лиц пожилого возраста (старше 65 лет) составила 63%. Комментировать эти данные чрезвычайно трудно, поскольку в 60% случаев не были указаны причины наличия риска ВТЭ, а почти в 45% случаев факторы риска были определены некорректно. Анализ причин некорректной стратификации риска показал, что у большинства госпитализированных пациентов не было ограничения подвижности в соответствии с современными критериями. Кроме того, в ряде случаев неправильно определены факторы риска: острые инфекции (27%), онкологические заболевания (47%), воспаление толстого кишечника (21%) и т. д. Соответственно, нельзя объективно оценить и адекватность назначенной терапии. Отмечу лишь, что, по данным проекта, среди основных факторов риска онкологические и острые инфекционные заболевания занимают в общей структуре почти по 20%, венозный тромбоз или ТЭЛА в анамнезе – 23%.

В проект включали только тех терапевтических пациентов, которые, по оценкам врачей, нуждались в проведении тромботической профилактики – их количество составило 502 человека. Но терапия была назначена в 82% случаев.

Анализ стратификации риска у пациентов, которым назначили тромботическую профилактику, показал, что в 56% случаев основанием для ее назначения являлось наличие одной причины для госпитализации. Если опираться на полученные результаты оценки риска, только около 7% пациентов наряду с ограничением подвижности имели основные факторы риска развития ВТЭ.

У большинства больных (80%) для медикаментозной профилактики ВТЭ использовали НМГ – эноксапарин в дозе 0,4 мл п/к 1 р/сут. Но обращает на себя внимание длительность назначения терапии: при наличии одного и более основных факторов риска в сочетании с ограниченной неподвижностью 34% пациентов получали антикоагулянты в течение 6-10 дней, а 37% лиц – 1-5 дней, что явно недостаточно для больных высокого риска. В целом недостаточная по длительности тромботическая профилактика (менее 5 дней) проведена в более чем 20% случаев у нехирургических больных, из них у онкологических в 50% случаев.

У онкологических больных (n=53) тромботическая профилактика длилась всего 1-5 дней в 53% случаев, в 35% случаев – 6-10 дней, и только 12% пациентов получали ее в течение 11-20 дней. Предположительно причиной отсутствия адекватной тромботической профилактики

у этих пациентов стало проведение химиотерапии. Между тем, согласно рекомендациям Европейского общества медицинской онкологии – ESMO (2011), рутинная тромботическая профилактика для онкологических больных, получающих химиотерапию, не рекомендуется, но может быть рассмотрено ее проведение у амбулаторных пациентов с высоким риском ТЭО. Согласно международным рекомендациям по лечению и профилактике ТЭО у онкологических больных (2013) первичная фармакологическая профилактика ВТЭ возможна при химиотерапии рака поджелудочной железы (1В) или легких (2В) у пациентов, имеющих низкий риск кровотечения.

Согласно полученным в рамках программы результатам, почти у 16% пролеченных пациентов развился впоследствии ТГВ и у 3,8% – ТЭЛА; летальные исходы наблюдались в 2,2% случаев. Рекомендации по проведению тромботической профилактики после выписки получили 56-58% пациентов с определенным риском.

Чрезвычайно важным моментом, на который следует обратить внимание, является оценка риска кровотечений у терапевтических пациентов при проведении тромботической профилактики. Эта оценка фактически никогда не осуществляется на практике, несмотря на наличие удобной современной шкалы (табл. 2), использование которой могло бы уменьшить опасения врачей, не решающихся назначать антикоагулянты на длительный срок пациентам с высоким риском ВТЭ.

Таблица 2. Оценка риска кровотечений у терапевтических пациентов при проведении тромботической профилактики. Оценка риска кровотечения у терапевтических больных (H. Decous et al., 2011)

Фактор риска	Балл
Активная язва желудка или двенадцатиперстной кишки	4,5
Кровотечение за 3 мес до госпитализации	4
Тромбоциты в крови <50×10 ⁹ /л	4
Возраст >85 лет (по сравнению с возрастом <40 лет)	3,5
Печеночная недостаточность (МНО >1,5)	2,5
Тяжелая почечная недостаточность (СКФ <30 мл/мин/1,73 м ²)	2,5
Госпитализация в отделение интенсивной терапии	2,5
Катетер в центральной вене	2
Ревматическое заболевание	2
Возраст 40-84 года	1,5
Активный рак	1,5
Мужской пол	1
Средняя почечная недостаточность (СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м ²)	1
Высокий риск кровотечений ≥7 баллов	

Кроме того, в большинстве случаев врачи не пытаются выявить противопоказания к проведению тромботической профилактики, даже те, определение которых не представляет труда, – неконтролируемая артериальная гипертензия, геморрагический диатез. Так, риск осложнений тромботической профилактики не оценивали в 82% случаев у пациентов с определенным риском развития ВТЭ и наличием одной из причин для госпитализации; в 71% случаев – у пациентов с одним и более основными факторами риска в сочетании с ограничением подвижности.

Результаты работы в рамках программы продемонстрировали, что профилактика ВТЭ у терапевтических пациентов остается актуальной медицинской проблемой. Низкий уровень осведомленности врачей терапевтического профиля, неврологов, онкологов о правилах оценки риска ВТЭ и нежелание брать на себя ответственность приводят к тому, что в отделения реанимации и интенсивной терапии такие больные поступают уже с тяжелыми осложнениями своевременно недиагностированных, часто замаскированных ВТЭ.

? В каких направлениях следует продолжить работу над проектом «Территория безопасности»?

Профессор Л.М. Чернуха:

– Работу в рамках проекта следует продолжать, расширяя междисциплинарное сотрудничество врачей. Важным моментом является обучение врачей корректному определению стратификации факторов риска ВТЭ у хирургических пациентов, а также времени начала тромботической профилактики и ее длительности согласно

современным стандартам. Актуальным вопросом является адаптация национальных рекомендаций по профилактике тромбозов в соответствии с последними международными рекомендациями. Кроме того, необходимо придать официальный характер украинским мультидисциплинарным рекомендациям по профилактике ВТЭ.

Профессор А.Н. Пархоменко:

– На мой взгляд, на следующих этапах проекта для получения достоверных данных следует проводить исследование с формированием более гомогенных групп пациентов нехирургического профиля. Необходимо также провести серьезную работу среди врачей, направленную на повышение уровня образования в области стратификации риска ВТЭ и осуществления тромботической профилактики у нехирургических пациентов. В настоящее время ситуацию в этой области можно назвать катастрофической.

Использование современных технологических ресурсов для создания базы данных пациентов высокого риска ВТЭ и паспорта пациента с указанием тромботического анамнеза поможет врачам выстроить правильную тактику профилактики и лечения при контакте с такими больными.

Привлечение к работе в рамках проекта других украинских медицинских ассоциаций будет способствовать расширению идеологии снижения тромботического риска у хирургических и терапевтических пациентов среди врачей разных специальностей, созданию национальных консенсусных документов по ведению профильных больных высокого риска. Проект «Территория безопасности» – только первая попытка оценить ситуацию в области тромботической профилактики у стационарных больных и сделать первые шаги по ее улучшению. Результаты этой попытки ошеломляют, не позволяют останавливаться и диктуют необходимость двигаться дальше, для того чтобы постепенно приблизиться к мировым стандартам ведения пациентов с высоким риском ВТЭ.

Участники совета экспертов по итогам проекта «Территория безопасности» приняли решение заявить о следующем:

1. В Украине необходимо продолжить образовательную работу среди врачей по оценке факторов риска ВТЭ с целью улучшения качества их стратификации с последующим назначением адекватной антикоагулянтной тромботической профилактики за счет включения тематических докладов в программы профессиональных конференций, проведения семинаров и мастер-классов.

2. Особое внимание следует уделить проблеме профилактики ВТЭ у терапевтических больных при помощи адаптации шкал по стратификации риска в определенных нозологических направлениях: кардиологии, пульмонологии, неврологии, онкологии.

3. Расширить вопрос о тромботической профилактике в аттестационных программах последипломного образования для врачей хирургического и терапевтического профилей.

4. Необходимо расширить привлечение современных цифровых технологий для разработки портативных программ-калькуляторов по стратификации рисков ВТЭ.

5. Вместе с МЗ Украины создать междисциплинарную рабочую группу для обновления приказа по профилактике венозных тромбозов на основе руководств, стандартов и протокола ведения больных с риском тромбозов, которые лечатся хирургическими и медикаментозными методами. В обновленные рекомендации и протоколы следует включить современные шкалы стратификации рисков: шкалу Каприни для хирургических пациентов и шкалу Падуа для терапевтических больных.

6. Пациентам, перенесшим ВТЭ, требуется дополнительное информационное обеспечение, создание системы диспансерного наблюдения и разработки карточки пациента высокого риска с целью эффективного надзора и предотвращения рецидивов ВТЭ.

7. В проект «Территория безопасности» необходимо привлечь большее количество лечебных учреждений.

8. Провести следующее обсуждение состояния проблемы тромботической профилактики ВТЭ в Украине и обновленных результатов проекта «Территория безопасности» в феврале 2015 г.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

