

«Территория безопасности»: объединяя усилия в профилактике венозных тромбозомболических осложнений

Венозные тромбозомболические осложнения (ВТЭО), к которым относят тромбоз глубоких вен (ТГВ) и тромбозомболию легочной артерии (ТЭЛА), занимают третье место в структуре сердечно-сосудистых осложнений, уступая по распространенности лишь инфаркту миокарда и инсульту (Samuel Z. Goldhaber, 2012). ВТЭО – это классическая междисциплинарная проблема, с которой в своей практике может столкнуться врач любой специальности.

За короткой аббревиатурой ВТЭО стоят реальные человеческие трагедии пациентов, которые могли бы быть успешно вылечены и прожить долгую, полноценную жизнь. ВТЭО – это внезапная смерть пациента, несколько дней назад успешно прооперированного по поводу своевременно диагностированного злокачественного новообразования, это многолетние физические и моральные страдания женщины с посттромботической болезнью, это смерть пациента, уже начавшего выздоравливать после тяжелой пневмонии с высокой лихорадкой. Все эти разные клинические примеры из разных областей медицины объединяет один общий фактор – наличие у пациента высокого риска венозной тромбозомболии (ВТЭ), который мог быть успешно скорректирован при условии его своевременной стратификации и назначения адекватной тромбозомпрофилактики. О том, как улучшить сложившуюся в практическом здравоохранении ситуацию с выявлением пациентов с риском ВТЭО и проведением тромбозомпрофилактики, говорили ведущие отечественные специалисты в области хирургии, терапии, кардиологии, онкологии, акушерства и гинекологии, анестезиологии и интенсивной терапии, а также клинической фармакологии во время очередного заседания экспертного Совета по предупреждению ВТЭО, которое состоялось 19 июня 2015 года в г. Киеве. Ключевыми темами, обсуждавшимися в рамках этой встречи экспертов, стали результаты реализации в 2014 г. проекта «Территория безопасности», а также рассмотрение предложений по формированию обновленных национальных рекомендаций по первичной профилактике ВТЭО. Напомним, что проект «Территория безопасности» стартовал в 2013 г. 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 и реализуется при поддержке фармацевтической компании Санофи. В рамках проекта врачи оценивают риск ВТЭО у госпитализированных пациентов хирургического и терапевтического профиля для назначения им соответствующей тромбозомпрофилактики. Цель проекта – улучшение качества профилактики ВТЭО в Украине.



Открыла работу экспертного Совета **ведущий научный сотрудник отдела хирургии магистральных сосудов Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, доктор медицинских наук Лариса Михайловна Чернуха.**

– Проблема ТГВ и ТЭЛА актуальна во всех странах мира. По самым скромным оценкам, ежегодно только в США ВТЭО становятся причиной смерти от 100 до 180 тыс. пациентов, а у около 4 млн госпитализированных пациентов хирургического профиля и 8 млн госпитализированных пациентов, получающих медикаментозное лечение, имеет место средний и высокий риск ВТЭО (Samuel Z. Goldhaber, 2012). Без проведения профилактики частота ТГВ является высокой и зависит от имеющихся факторов риска, типа и длительности оперативного вмешательства.

Поэтому особое место отводится правильной стратификации риска ВТЭО. Как свидетельствуют результаты реализации проекта «Территория безопасности» в 2014 г., использование шкалы Саргини у пациентов хирургического профиля вместо использовавшейся ранее шкалы Самата способствовало более качественному проведению стратификации риска. Новый подход позволил выделить пациентов высокого риска, доля которых составила 68%. При этом количество пациентов низкого риска уменьшилось на 55%. Особенно существенные изменения наблюдали в онкологии (где все взрослые пациенты имеют высокий риск). Шкала Саргини представлена в обновленной версии рекомендаций Американской коллегии торакальных врачей (ACCP, 2012), и является более удобной шкалой, которая учитывает многие факторы, влияющие на степень риска развития ВТЭ. На сегодня эта шкала является оптимальной для оценки риска у хирургических больных, и мы планируем внести ее в наши новые национальные междисциплинарные рекомендации по профилактике ВТЭО. Несмотря на улучшение стратификации риска, длительность первичной профилактики ВТЭО остается недостаточной (особенно у онкологических больных).

Следует отметить, что на сегодняшний день самое большое количество РКИ по изучению профилактики ВТЭО проведено с применением НМГ, в частности, эноксапарина (Клексан®). Согласно результатам проекта «Территория безопасности» у пациентов высокого риска в большинстве случаев (около 80% пациентов) использовался именно эноксапарин, что соответствует современным данным рандомизированных клинических исследований. Из них более чем у 70% пациентов

тромбозомпрофилактика начиналась за 12 ч до операции. За рубежом также считается, что предоперационное назначение НМГ более эффективно, чем послеоперационное.

На сегодняшний день выбор дозы НМГ для проведения тромбозомпрофилактики у больных с ожирением является дискуссионным вопросом. В литературе наиболее часто в таких случаях наиболее часто для эноксапарина рекомендуют применять повышенную дозу (60 мг/день) при индексе массы тела (ИМТ) свыше 50 кг/м² или же 40 мг 2 р/день при ИМТ свыше 40 кг/м².

При назначении парентерального антикоагулянта следует учитывать различия между оригинальными НМГ и их аналогами (биосимилярами), которые перед применением в практике обязательно должны пройти клиническую валидацию по каждому отдельному показанию.

Перспективы дальнейшего развития проекта «Территория безопасности» мы видим в создании интернет-сайта с информацией о проекте, внедрении мобильного приложения для стратификации риска ВТЭ (в частности, на основании шкалы Саргини в хирургической практике) и переходе на электронную систему заполнения анкет в проекте, что уменьшит риск ошибок, снизит нагрузку на врача, ускорит регистрацию и расширит возможности анализа результатов.



Современные подходы к применению антикоагулянтов в акушерской практике осветил в своем выступлении **член-корреспондент НАМН Украины, руководитель отделения внутренней патологии беременных ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Владимир Исаакович Медведь.**

– В Европейских рекомендациях по профилактике и лечению ВТЭО (A.N. Nicolaidis et al., 2013) указано, что беременность как минимум в 5 раз повышает риск ВТЭО. Около 20% случаев материнской смертности в развитых странах мира обусловлены ТЭЛА. После кесарева сечения риск ВТЭО в 3-6 раз выше, чем после вагинальных родов. Через 6 недель после родов риск возвращается к показателю, регистрируемому у небеременных женщин. По данным Европейского общества кардиологов (ESC, 2011), 79% женщин, умерших от ТЭЛА во время беременности, имели факторы риска. В последние годы было издано большое количество современных руководств, рассматривающих вопросы профилактики и лечения ВТЭО в акушерской практике. Так, Королевский колледж акушеров-гинекологов (RCOG) в 2009 г. предложил осуществлять оценку риска ВТЭО у беременных на основании трех групп факторов. В группе высокого риска рекомендуется обязательное родовое начало антикоагулянтной профилактики и ее проведение в течение 6 недель после родов; в группе среднего риска после родов обязательно следует назначать антикоагулянтную профилактику в течение 6 недель; в группе низкого риска нет необходимости в медикаментозной профилактике. В 2011 г. D. Schoenbeck и соавт. предложили количественную оценку риска ВТЭО во время беременности, в рамках которой каждому фактору риска (возраст >35 лет, масса тела >120 кг, эпизод ВТЭО у родственников 1 и 2 степени родства, предыдущий не акушерский спровоцированный эпизод ВТЭО, предыдущий не акушерский неспровоцированный эпизод ВТЭО, предыдущий эпизод ВТЭО на фоне приема оральных контрацептивов, предыдущий акушерский эпизод ВТЭО, дефицит антитромбина, дефицит протеина С, дефицит протеина S, мутация фактора V Лейдена, мутация протромбина (G20210A), антифосфолипидные антитела) присваивается определенное количество баллов. В зависимости от суммы баллов устанавливается срок родового и послеродового профилактики НМГ. Фактически женщины с высоким риском по данной шкале должны получать НМГ уже с I триместра беременности и в течение 6 нед после родов.

Наиболее безопасными для плода (категория В по классификации Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США – FDA) препаратами являются НМГ и нефракционированные гепарины (НФГ), которые могут применяться на любых сроках беременности. Фондапаринукс отнесен к категории С и может назначаться только при непереносимости гепарина, варфарин – к категории D и может использоваться только на 13-37-й неделе беременности, а ривароксабан и дабигатран и вовсе противопоказаны. Наиболее изученными и рекомендуемыми в акушерской практике препаратами НМГ, которые включены во все существующие протоколы и руководства, являются эноксапарин и дальтепарин. Средняя профилактическая доза эноксапарина у женщин с массой тела 50-90 кг составляет 40 мг/сут, 91-130 кг – 60 мг/сут, 131-170 кг – 80 мг/сут, >170 кг – 0,6 мг/кг (доза обычно разделяется на 2 инъекции).



доктор медицинских наук, профессор Александр Николаевич Пархоменко.

– В терапевтической практике существует большое количество ситуаций и состояний, сопряженных с риском развития ВТЭО. В рамках проекта «Территория безопасности» в 2013 г. стратификацию риска ВТЭО проводили с использованием сложного алгоритма, что привело к тому, что в 44% анкет риск был определен некорректно. Сегодня для оценки факторов риска ВТЭ у госпитализированных терапевтических больных мы используем шкалу Падуа, которая подразумевает балльную оценку таких факторов риска, как наличие активного рака, анамнез предыдущих ВТЭО, ограниченная подвижность, известная тромбофилия, перенесенная травма и/или операция (до 1 мес), возраст ≥70 лет, сердечная недостаточность (СН) и/или дыхательная недостаточность (ДН), инфаркт миокарда и/или инсульт, острое инфекционное или ревматическое заболевание, ожирение (ИМТ >30 кг/м²), продолжение использования гормонов. В соответствии с этой шкалой высокий риск развития ВТЭО имеют больные, которым присвоено 4 и более баллов. Крайне важным моментом является правильное понимание врачами определения ограниченной подвижности, под которой подразумевается соблюдение постельного режима с выходом в туалет в течение ≥3 дней из-за имеющихся у больного ограничений либо по предписанию врача (ACCP, 2012).

В 2014 г. в рамках проекта были обследованы пациенты с декомпенсированной СН и больные, перенесшие острый коронарный синдром (ОКС) с проведением стентирования. Отмечен незначительный прогресс в стратификации риска у терапевтических больных. К группе высокого риска врачи отнесли большинство пациентов (61,7%). Основным фактором, который определил высокий риск ВТЭО у больных терапевтического профиля, участвовавших в проекте в 2014 г., закономерно оказалась ограниченная подвижность в сочетании с дополнительными факторами (возраст старше 70 лет, СН или ДН, инфаркт или инсульт, ожирение). По данным за 2014 г., большинство пациентов с ОКС (78%) получали медикаментозную профилактику в течение 6-10 сут. При этом у 33% больных с СН по-прежнему отмечается необоснованно раннее прекращение тромбозомпрофилактики через 1-5 сут.

Таким образом, на сегодня можно сделать вывод о том, что большинство практикующих врачей не умеют определять риск ВТЭО у пациентов терапевтического профиля. Необходимо стимулировать использование соответствующих шкал (например, Падуа) в широкой клинической практике, так как это позволяет уменьшить количество пациентов, которым некорректно стратифицировался риск и назначалась медикаментозная тромбозомпрофилактика. Это можно сделать посредством адаптации анкет для стратификации риска под специализацию врача или отделения, в котором оказывают помощь пациенту.



Обсудить факторы, которые препятствуют практической реализации профилактики и лечения ВТЭО в клинике интенсивной терапии, предложил **президент Ассоциации анестезиологов Украины, доктор медицинских наук, профессор Феликс Семенович Глумчер.**

– Начало применения НФГ в хирургической практике позволило существенно снизить смертность от ВТЭО, а сегодня в распоряжении врачей имеются НМГ, которые однозначно безопаснее НФГ и проще в использовании. Применение НФГ сопряжено с рядом проблем (в первую очередь, это непредсказуемый клинический ответ и необходимость контроля активированного частичного тромбопластинного времени), тогда как применение НМГ в профилактических дозах не требует мониторинга. Кроме определения риска ВТЭО, обязательно необходимо параллельно оценивать и риск кровотечения, используя соответствующие шкалы. То есть профилактика ВТЭО у хирургического больного – это всегда тонкая грань между пользой и риском. В реальной терапевтической практике пациенты с высоким риском ВТЭО крайне редко получают тромбозомпрофилактику, что свидетельствует о необходимости масштабной образовательной работы с врачами терапевтического профиля. Очень проблемной категорией являются больные с тромбофилиями, у которых часто развиваются рецидивирующие тромбозы и которые все

равно не получают надлежащей профилактики и лечения. К сожалению, в большинстве наших клиник недоступны и современные методы диагностики ТЭЛА, такие как ангиографическая компьютерная томография, рассматривающаяся в Европе в качестве золотого стандарта. Возможным выходом из сложившейся ситуации могло бы стать создание высокоспециализированных центров лечения ТЭЛА, располагающих современным диагностическим оборудованием и имеющих возможность применения всех оперативных и консервативных методов лечения.



О ключевых моментах профилактики ВТЭО у пациентов со злокачественными новообразованиями, получающих химиотерапию (ХТ), рассказала **заведующая научно-исследовательским отделением химиотерапии солидных опухолей Национального института рака, доктор медицинских наук Любова Андреевна Сивак.**

— ВТЭО являются не только серьезными осложнениями злокачественных опухолей, но и одной из основных причин смерти онкологических больных. При аутопсии признаки венозной тромбоземболии обнаруживаются у 50% пациентов со злокачественными новообразованиями. Стоит помнить о том, что наличие опухоли само по себе увеличивает риск развития ВТЭО в 4,1 раза, а проведение ХТ — в 6,5 раз.

Несмотря на широкую распространенность ВТЭО среди больных со злокачественными новообразованиями, большинство онкологов недооценивают риск развития данного осложнения и тяжесть его последствий (A. Cohen et al., 2008). Онкологические пациенты, как правило, получают несколько видов лечения. Перед врачом-онкологом стоит вопрос о необходимости проводить профилактику ВТЭО: 1) во время выполнения хирургического вмешательства, 2) при госпитализации в стационар для проведения нехирургического лечения, 3) во время амбулаторного курса ХТ.

Согласно рекомендациям Европейского общества медицинской онкологии (ESMO, 2011) рутинная тромбопрофилактика для онкологических больных, получающих ХТ, не рекомендуется, однако вопрос о ее проведении может быть рассмотрен у амбулаторных пациентов с высоким риском ВТЭО (класс рекомендаций II, уровень доказательств С). В исследованиях CONKO-004 (2009) и FRAGEM (2012) был продемонстрирован положительный опыт применения НМГ, в частности эноксапарина и дальтепарина, в профилактике ВТЭО у пациентов с раком поджелудочной железы, проходящих курс ХТ. Положительный результат применения препаратов НМГ в профилактике ВТЭО у больных, получающих ХТ, подтвержден в мета-анализе M. Di Nisio и соавт. (2014). Эти данные изменили подходы к профилактике ВТЭО у пациентов на ХТ: в рекомендациях субкомитета по гемостазу и опухолям Международного общества по тромбозам и гемостазу (ISTH) за 2014 г. указано, что профилактика ВТЭО на протяжении всего курса ХТ может быть рекомендована пациентам с высоким риском (≥ 3 баллов по шкале Khorana).

Таким образом, врачи должны помнить о том, что профилактику ВТЭО в послеоперационном периоде необходимо продолжать до 28 дней и не прекращать ее в случае назначения ХТ; пациентам с факторами риска, госпитализированным для консервативного лечения, профилактику ВТЭО следует проводить в течение 6-14 дней во время лечения; больным с высоким риском ВТЭО (оценивается по шкале Khorana) необходимо проводить профилактику в течение

амбулаторного курса ХТ. Препаратами выбора в данном случае являются НМГ.

Такой подход позволит избежать развития ВТЭО, провести лечение основного заболевания в запланированные сроки и в полном объеме, что улучшит отдаленные результаты и качество жизни больных.



Значительный интерес клиницистов вызвал доклад **клинического фармаколога — профессора кафедры фармакоэкономики Национального фармацевтического университета (г. Харьков) Натальи Владимировны Бездетко**, которая раскрыла правовые аспекты клинического применения аналогов препаратов биологического происхождения (в частности, биосимиляров НМГ).

— Условно все лекарственные средства сегодня можно подразделить на две большие группы: химически синтезированные и биотехнологические препараты. Соответственно, аналоги химически синтезированных препаратов традиционно именуются генериками, а аналоги препаратов биологического происхождения обозначают термином «биосимиляры». Согласно современному определению, приведенному в последнем Приказе МЗ Украины о регистрации лекарственных средств (№ 3 от 04.01.2013 г.), регулирующем процесс регистрации препаратов, биосимиляр — это биологическое лекарственное средство, подобное по эффективности, безопасности и качеству зарегистрированному референтному биологическому препарату, период патентной защиты которого закончился. В отличие от химически синтезированных препаратов, из-за сложности структуры и технологий производства оригинальных биологических препаратов невозможно создать их абсолютно точный аналог. Поэтому соответствие качества, терапевтической эффективности и безопасности лекарственного средства таковому референтному биологическому препарату должно быть доказано в сравнительных доклинических и клинических исследованиях. К сожалению, современные аналитические методы не позволяют полностью предсказать биологические свойства таких препаратов, и возможна непредсказуемая реакция иммунной системы на изменения в структуре продуктов, не выявленные с помощью аналитических методов, что может привести к серьезным клиническим последствиям. Иммуногенность является ключевой проблемой применения биосимиляров.

Практикующие врачи должны четко понимать, что биосимиляры не являются генериками и должны продемонстрировать подобие референтному биологическому препарату, зарегистрированному по полному досье. Согласно действующим в настоящее время нормативным документам МЗ Украины для регистрации биосимиляров требуется предоставить полное досье по качеству; кроме того, они должны пройти ряд сравнительных доклинических и клинических исследований, в том числе исследования токсичности многократных доз, а также исследования I фазы (фармакокинетика/фармакодинамика) и III фазы (безопасность и эффективность). К сожалению, ряд аналогов препаратов биологического происхождения, представленных сегодня на фармацевтическом рынке Украины (в том числе и аналоги эноксапарина), уже были ранее зарегистрированы по процедуре регистрации генериков, то есть де-факто нельзя утверждать, что они характеризуются доказанными в соответствии с современными нормативными требованиями эффективностью и безопасностью, аналогичными таковым оригинальных биологических препаратов.

Таким образом, полагаться на эффективность и безопасность биосимиляров (в частности, биосимиляров НМГ) можно

только в том случае, если данные препараты в процессе своей регистрации успешно прошли все этапы, регламентируемые действующим украинским законодательством и доказали свое подобие оригинальному биологическому препарату в соответствии с современными международными стандартами для таких лекарственных средств. Если же они были зарегистрированы по процедуре, принятой для генериков, то такой уверенности быть не может, и врач должен осознавать всю степень ответственности, которая возлагается на него при назначении таких препаратов.



Вопрос безопасности введения парентеральных антикоагулянтов с точки зрения риска контаминации персонала рассмотрел в своем выступлении **заведующий кафедрой хирургии ФПО Львовского медицинского университета им. Данила Галицкого, доктор медицинских наук, профессор Богдан Олегович Матвийчук.**

— Инъекции — неотъемлемая составляющая современного лечения. В развитых странах ежегодно выполняется около 16,7 млрд инъекций. При этом, согласно данным ВОЗ за 2000 г., в развивающихся странах опасные инъекции являются причиной новых случаев ВИЧ-инфекции, гепатита В и С (5, 32 и 40% соответственно). Однако благодаря использованию «умных» шприцев, которые невозможно применять повторно, за период 2000-2010 гг. частота обусловленных опасными инъекциями (повторное использование шприцев) инфекций снизилась: ВИЧ — на 87%, гепатита С — на 83%, гепатита В — на 91%. Правильное обращение со шприцем и иглой не может на все 100% уберечь от передачи инфекции от больного посредством укола персонала иглой. Именно медицинская игла является доминирующей причиной повреждений в медицинской практике (59%), при этом эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что риск повреждения максимален во время наложения колпачка на иглу (M.C. Lavoie et al., 2014). Таким образом, устройства, предупреждающие контакт с иглой после введения препарата, расширяют возможности безопасного проведения инъекций в медицинской практике (ВОЗ, 2015). Поэтому переход с выпуска препаратов в обычных шприц-дозах на шприцы с защитной системой иглы является оправданным решением передовых компаний-производителей парентеральных антикоагулянтов. Уже осенью 2015 г. на рынок Украины будет выведен препарат Клексан® в новых шприц-дозах с защитной системой иглы, повышающей безопасность для медицинского персонала и не влияющей на удобство обращения с препаратом. Очевидно, что для снижения вероятности передачи опасных инфекций от пациента медицинскому персоналу будет целесообразно отдавать предпочтение использованию парентеральных антикоагулянтов, обеспеченных системой защиты иглы после введения препарата.

Таким образом, обсуждение результатов проекта «Территория безопасности» за 2014 г. позволило выделить наиболее важные направления дальнейшей работы над созданием обновленных национальных междисциплинарных рекомендаций по первичной профилактике ВТЭО. Как ожидается, уже к Всемирному дню тромбоза, который проводится в день рождения выдающегося ученого Рудольфа Вирхова — 13 октября, ведущие отечественные эксперты подготовят проект обновленных Национальных рекомендаций по профилактике ВТЭ и представят его вниманию широкой медицинской общественности.

Подготовили **Елена Терещенко** и **Антон Вовчек**



Ассоциация ангиологов и сосудистых хирургов Украины
Ассоциация кардиологов, сердечных и сосудистых хирургов г. Киева
Украинская ассоциация специалистов по неотложной кардиологии

РЕЗОЛЮЦИЯ

Заседание экспертного Совета проекта по предупреждению венозных тромбоземболических осложнений «Территория безопасности». Итоги 2014 года и перспективы дальнейшего развития в Украине

По итогам обсуждения на заседании участники приняли решение заявить о следующем:

1. В Украине необходимо продолжить образовательную работу среди врачей по оценке факторов риска ВТЭО с целью улучшения качества их стратификации с последующим назначением адекватной антикоагулянтной тромбопрофилактики за счет включения тематических докладов в программы профессиональных конференций, проведения семинаров и мастер-классов.
2. Особое внимание следует уделить проблеме профилактики ВТЭО у терапевтических больных за счет адаптации шкал стратификации риска к определенным нозологическим направлениям: кардиология, пульмонология, неврология, онкология. Сосредоточить внимание врачей на ограниченной двигательной активности пациента как ведущем факторе риска ВТЭО у терапевтических (неонкологических) больных.
3. К деятельности междисциплинарной рабочей группы привлечь МЗ Украины для совместной работы по обновлению приказа по профилактике и лечению ВТЭО на основе создания руководств, стандартов и протокола ведения больных с риском тромбоземболических осложнений.
4. Добавить к обновленным рекомендациям по профилактике и лечению ВТЭО:

- информацию относительно особенностей проведения тромбопрофилактики у лиц с ожирением и тяжелой почечной недостаточностью;
 - разъяснение относительно особенностей фармакопрофилактики ВТЭО в неотложной хирургии и онкохирургии;
 - схемы применения бриджинг-терапии у пациентов, которые находятся на терапии оральными антикоагулянтами и требуют проведения хирургических вмешательств;
 - расширенную информацию по применению антикоагулянтов в акушерской практике (у женщин с антифосфолипидным синдромом, при частых выкидышах, при синдроме гиперстимуляции яичников);
 - подходы к профилактике ВТЭО у онкологических больных, получающих химиотерапию;
 - информацию о различиях между генериками и биосимилярами и привнести рекомендуемые требования к клиническому применению аналогов препаратов биологического происхождения;
 - обновить рекомендации по диагностике и лечению ТЭЛА.
5. Включить в обновленные рекомендации по профилактике и лечению ВТЭО современные шкалы:
- шкалу Каприни для стратификации рисков ВТЭО у хирургических больных;

- шкалу Падуа для стратификации рисков ВТЭО у терапевтических больных;
 - шкалу Хорана для определения необходимости проведения профилактики ВТЭО у амбулаторных пациентов, получающих химиотерапию;
 - шкалы оценки риска ВТЭО во время родов и в послеродовом периоде;
 - упрощенные версии шкал вероятности возникновения ТЭЛА (P.S. Wells) и Женевской шкалы клинической вероятности ТЭЛА;
 - шкалы для определения риска кровотечений.
6. В целях повышения безопасности работы медицинского персонала рекомендовать к применению антикоагулянты в шприц-дозах, которые имеют дополнительный механизм защиты иглы после использования.
 7. В проект «Территория безопасности» необходимо привлечение большого количества лечебных учреждений различных профилей.
 8. Провести последующее обсуждение состояния проблемы тромбопрофилактики ВТЭО в Украине и обновленных результатов проекта «Территория безопасности» в июне 2016 года.

Участники заседания экспертного Совета проекта по предупреждению венозных тромбоземболических осложнений «Территория безопасности»:

Модераторы:
Чернуха Л.М.
Пархоменко А.Н.

Участники:
Бездетко Н.В.
Воронков Л.Г.
Герасименко С.И.
Глумчер Ф.С.
Гудз И.М.
Захараш М.П.

Кобза И.И.
Матвийчук Б.О.
Медведь В.И.
Мишалов В.Г.
Никоненко А.С.
Прасолов В.А.
Сивак Л.А.