Практичні аспекти подальшого спостереження за пацієнтами після гострого епізоду тромбоемболії легеневої артерії

Європейське товариство кардіологів (ESC) розробило позиційний документ, схвалений Європейським респіраторним товариством (ERS), що містить практичні рекомендації з оптимального подальшого спостереження за пацієнтами, які перенесли гостру тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА). У документі, що є доповненням до офіційної настанови ESC/ERS 2019 р. щодо діагностики та лікування гострої ТЕЛА, запропонований цілеспрямований підхід, який враховує весь спектр серйозних побічних явищ, з якими можуть стикнутися особи із гострою ТЕЛА у коротко- і довгостроковій перспективі, а також висвітлено основні аспекти консультування хворих й узагальнено найкращі фактичні докази із даної тематики.

Рекомендації ESC/ERS (2019) містять положення щодо оптимального ведення пацієнтів із гострою ТЕЛА, включно з діагностичними алгоритмами, стратифікацією ризику, тактикою початкового та розширеного лікування, а також стратегією подальшого спостереження (Konstantinides et al., 2019). Зокрема, в них зазначені деякі важливі аспекти терапії та загального догляду за хворими після гострої ТЕЛА, але їх детальне обговорення вийшло за межі розробленої настанови. Тож ці питання були розглянути у позиційному документі та включали такі, як:

1. Контроль ризику кровотечі.
2. Скринінг на рак і тромбофілію.
3. Терапія ТЕЛА у жінок.
4. Виявлення та лікування постлегеневої емболії (ПЛЕ).
5. Спостереження за потенційним розвитком хронічної тромбоемболічної легеневої гіпертензії (ХТЕЛГ) як частини рутинної практики.
6. Скринінг і контроль факторів ризику патологій судин.
7. Спосіб життя, заняття спортом і подорожування.

Резюме основних положень позиційного документа наведене на рисунку.

Контроль ризику кровотечі

Від самого початку лікування антикоагулянтами пацієнти із гострою ТЕЛА мають підвищений ризик виникнення кровотечі (Klok, Huisman, 2020). Тому важливо контролювати ймовірність кровотечі протягом усього курсу терапії. Насамперед під час встановлення діагнозу слід виключити абсолютні протипоказання для застосування антикоагулянтів, визначити оптимальну тактику лікування та уникати впровадження непотрібних втручань. Альтернативні стратегії терапії для пацієнтів із ТЕЛА, які мають абсолютні протипоказання для призначення антикоагулянтів, включають переливання тромбоцитів (повторне) при «критичній» тромбоцитопенії з метою підтримання їх кількості >30-50×10^9/л або ж в окремих випадках – використання знімного кава-фільтра (Konstantinides et al., 2019).

Необхідно вживати відповідних заходів для забезпечення дотримання режиму терапії та оптимального дозування препаратів, уникаючи при цьому медикаментозних взаємодій. Перед випискою з лікарні доцільно обстежити пацієнтів із приводу факторів ризику кровотечі та, якщо вони є модифікованими, провести їх корекцію.

Наявні наразі докази підтверджують користь застосування інструменту для оцінки ризику кровотечі Американського коледжу пульмонологів (ACCP) або VTE-BLEED для виявлення пацієнтів із найнижчим ризиком геморагічних ускладнень, у котрих тривале лікування антикоагулянтами, ймовірно, є безпечним (Kearon et al., 2016; Klok et al., 2016). Однак бракує доказів на підтвердження необхідності уникати тривалої антикоагулянтної терапії у хворих із високим ризиком кровотечі на основі будь-якої з цих методик стратифікації ризику (Klok, Huisman, 2020). Натомість це слід обговорити з пацієнтом і включити до процесу спільного прийняття рішень щодо продовження або припинення приймання антикоагулянтів.

Крім того, у позиційному документі запропоновано зменшити дозу апіксабану або ривароксабану для пацієнтів із підвищеним ризиком кровотечі, в яких дійшли згоди продовжувати лікування. Зокрема, у рекомендаціях ESC (2016) зазначено про необхідність розглянути зниження дози апіксабану чи ривароксабану для подальшої терапії антикоагулянтами після перших шести місяців.

Найважливішими потенційно модифікованими факторами ризику є:

- ниркова недостатність;
- захворювання печінки;
- тромбоцитопенія;
- анемія;
- артеріальна гіпертензія;
- застосування антитромбоцитарних або нестероїдних протизапальних препаратів.

Після перших 3-6 місяців оцінка ризику кровотечі у довгостроковій перспективі стає актуальною для пацієнтів із високим ризиком повторної венозної тромбоемболії (ВТЕ), для яких розглядається безстрокове лікування. Під час тривалого приймання антикоагулянтів необхідно регулярно перевіряти (наприклад, один раз на рік за низького геморагічного ризику та кожні 3 або 6 місяців – за високого) переносимість препаратів, фармакологічні взаємодії, артеріальний тиск, функцію нирок і прихильність до лікування, щоб оптимізувати його ефективність та безпеку. Крім того, слід усунути модифіковані фактори ризику кровотечі й оцінити доцільність продовження антикоагулянтної терапії на основі експертного судження та побажань пацієнта. Різка зміна ступеня ризику кровотечі може бути підставою для (тимчасового) припинення лікування (Konstantinides et al., 2019).

Скринінг на рак

Загальна частота нових встановлених діагнозів раку в шість разів вища у пацієнтів із ВТЕ, ніж у контрольній групі хворих відповідних статі та віку (van Es et al., 2017). Абсолютний ризик найвищий протягом перших місяців після діагностування ВТЕ у хворих на неспровоковану ВТЕ та осіб після 50 років. Річна захворюваність на онкопатологію становить 1% у пацієнтів із спровокованою ВТЕ порівняно з 5% – із неспровокованою, причому показник поступово знижується до ступеня ризику в загальній популяції протягом двох років (Marks, Engels, 2014; Sorensen et al., 1998).

З огляду на ці факти, автори позиційного документа пропонують проводити обмежений скринінг на рак у пацієнтів із неспровокованою ВТЕ для виявлення хвороби на ранній стадії. Скринінг має включати такі кроки, як:

1. Ретельний збір анамнезу.
2. Фізикальний огляд.
3. Основні лабораторні дослідження, як-от загальний аналіз крові, визначення рівня кальцію та функціональні тести печінки.
4. Візуалізація легень, якщо для діагностики ТЕЛА не було проведено комп'ютерно-томографічну ангіографію легень.
5. Тестування з урахуванням вікових та гендерних особливостей, наприклад мамографію, мазок із шийки матки й визначення специфічного антигена простати, слід проводити відповідно до національних рекомендацій та локальної практики.

Під час подальшого спостереження після перенесеної гострої ТЕЛА поріг підозри щодо онкозахворювання повинен бути низьким у пацієнтів із відносно нещодавно вилікуваним раком в анамнезі (наприклад, протягом п'яти років, оскільки ВТЕ може бути ознакою рецидиву раку), раннім прогресуванням/повторним ВТЕ незважаючи на приймання антикоагулянтів, а також кровотечею, пов'язаною з антикоагулянтною терапією, незабаром після її початку (особливо шлунково-кишковою кровотечею або гематурією) (Eikelboom et al., 2019).

Якщо під час лікування ТЕЛА виявлено рак, вибір і дозування антикоагулянту, а також тривалість лікування мають бути відповідним чином відкореговані (Lyman et al., 2021). Хоча (широкий) скринінг на рак приводить до більш раннього встановлення діагнозу раку, доказів того, що таке обстеження знижує захворюваність або смертність від онкопатології, бракує (Robertson et al., 2018).

Спадкова та набута тромбофілія

Спадкова тромбофілія зустрічається у <30% пацієнтів із ВТЕ. Однак скринінг на спадкову тромбофілію слід проводити лише в тому випадку, якщо очікується, що результати тестування можуть вплинути на (Konstantinides et al., 2019):

- ведення пацієнта з точки зору типу, дозування або тривалості застосування антикоагулянтів *або*
- консультування щодо оральної контрацепції чи профілактичних заходів під час вагітності для родичів першого ступеня споріднення.

Зокрема, наявність спадкової тромбофілії не повинна впливати на вибір класу антикоагулянтів або інтенсивності лікування (Elsebaie et al., 2019).

Примітним є той факт, що у молодших пацієнтів без ідентифікованих потужних факторів ризику рецидиву ВТЕ та виразного сімейного анамнезу ВТЕ, в яких розглядається ймовірність припинення терапії антикоагулянтами, відсутність спадкової тромбофілії може підтримати таке рішення. Серед членів комісії 7 із 16 осіб вважають за доцільне використовувати результати тестування на генетичну тромбофілію під час прийняття клінічних рішень для хворих молодшого віку (<50 років) із неспровокованою ТЕЛА, якщо згідно із валідованими методиками оцінки ризику передбачено низьку ймовірність рецидиву. На їхню думку,

При встановленні діагнозу ТЕЛА	Упродовж перших тижнів	Через три місяці	Під час подальшого спостереження
Контроль ризику кровотечі Виключити абсолютні протипоказання для застосування антикоагулянтів, визначити оптимальну стратегію антикоагулянтної терапії, уникати впровадження непотрібних втручань	**Лікування ТЕЛА у жінок** Оцінити наявність АМК та призначити терапію	**Контроль ризику кровотечі** Оцінити ризик кровотечі в усіх пацієнтів, які є кандидатами для призначення довгострокової антикоагулянтної терапії та визначити її оптимальну тривалість за валідованою схемою прогнозування	**Лікування ТЕЛА у жінок** Проконсультувати жінок із ТЕЛА, асоційованою з гормональною контрацепцією, які припиняють антикоагулянтну терапію, для отримання тромбопрофілактики в перед- та післяпологовому періодах у разі вагітності
Скринінг на рак Провести обмежений скринінг на рак у пацієнтів із неспровокованою ТЕЛА: збір анамнезу, фізикальний огляд та основні лабораторні дослідження	**Генетична та набута тромбофілія** Розглянути можливість проведення скринінгу на АФС у хворих на неспровоковану ТЕЛА, зокрема у разі попереднього тромбозу артерій або дрібних судин, ускладнень вагітності, автоімунних захворювань або у віці <50 років	**Лікування ТЕЛА у жінок** Розглянути можливість запровадження лікування обмеженої тривалості в осіб із ТЕЛА, пов'язаною з гормональною контрацепцією, після припинення її застосування	**Контроль ризику кровотечі** Проводити регулярну повторну оцінку ризику кровотечі за допомогою валідованих інструментів прогнозування та вживати відповідних заходів у разі появи нових модифікованих факторів ризику або різкої зміни ступеня ризику кровотечі. Забезпечити належну прихильність до лікування
Лікування ТЕЛА у жінок Під час лікування антикоагулянтами можна продовжувати приймання гормональних контрацептивів, щоб запобігти небажаній вагітності та знизити ризик АМК	**Генетична та набута тромбофілія** Не проводити рутинний скринінг на генетичну тромбофілію	**Постлегенева емболія** Виконувати кардіопульмональний навантажувальний тест у пацієнтів із ПЛЕ. Виключити ХТЕЛГ в усіх хворих на ТЕЛА зі стійкими симптомами задишки або правошлуночкової серцевої недостатності	**Спосіб життя, спорт, подорожування** Рекомендувати пацієнтам із ТЕЛА, які припинили лікування, використовувати компресійні панчохи або антикоагулянти у профілактичних дозах під час тривалих авіаперельотів (>4 год)
Спосіб життя, спорт, подорожування Заохочувати поетапне відновлення регулярних занять спортом після виписки з лікарні. Радити слідкувати за статевим життям та у разі наявності проблем звернутися до фахівця	**Контроль ризику кровотечі** Забезпечити прихильність до терапії та уникати фармакологічних взаємодій. Виконувати скринінг для виявлення модифікованих факторів ризику кровотечі	**Постлегенева емболія** Розглянути надання психологічної підтримки для пацієнтів із неповним функціональним відновленням через тривогу або депресію	**Спосіб життя, спорт, подорожування** Надавати підтримку пацієнтам із ТЕЛА щодо дотримання здорового способу життя, включно із належною фізичною активністю
Спосіб життя, спорт, подорожування Переконатися у повному відновленні правого шлуночка, перш ніж продовжити інтенсивні фізичні навантаження та/або авіаперельоти незабаром після встановлення діагнозу ТЕЛА	**Спосіб життя, спорт, подорожування** Надавати підтримку пацієнтам із ТЕЛА щодо дотримання здорового способу життя, включно із належною фізичною активністю та відмовою від куріння	**Фактори СС-ризику** Застосовувати валідовані калькулятори ризику для систематичної оцінки СС-ризику, особливо у разі наявності неспровокованої ТЕЛА та/або ожиріння	**Фактори СС-ризику** Розглянути обмежений період паралельного застосування антитромбоцитарної/антикоагулянтної терапії у пацієнтів із ТЕЛА та гострим ССЗ. Після припинення приймання антиагрегантів продовжити лікування пероральними антикоагулянтами у повній дозі

Рисунок. Резюме основних положень позиційного документа

наявність спадкової тромбофілії за цих обставин може слугувати основою для прийняття рішення на користь безстрокового лікування антикоагулянтами. Решта 9 членів комісії зауважили, що доказів для підтвердження цієї практики бракує.

Поширеність антифосфоліпідного синдрому (АФС) може досягати 9% у хворих із першою неспровокованою ВТЕ (Miranda et al., 2020). На даний час призначення прямих оральних антикоагулянтів (ПОАК) особам із гострою ТЕЛА та АФС, особливо за наявності подвійної або потрійної позитивності антифосфоліпідних антитіл, не рекомендоване (Pengo et al., 2018; Ordi-Ros et al., 2019). Тому комісія пропонує обмежити скринінг на АФС у разі неспровокованої ТЕЛА з ознаками або супутніми станами, які можуть викликати підозру на АФС.

Зокрема, 12 із 16 членів комісії вказують на необхідність перевіряти пацієнток із неспровокованою ТЕЛА на АФС (лише) у разі попередніх епізодів тромбозу артерій, дрібних судин або незвичайних локалізацій, ускладнень вагітності, таких як повторний викидень або прееклампсія/еклампсія, автоімунні захворювання, молодший вік (<50 років), або за непояснюваного збільшення активованого часткового тромбопластинового часу до лікування. Комісія пропонує уникати тестування на АФС протягом перших 4-6 тижнів після встановлення діагнозу ТЕЛА через високу можливість отримання як хибнопозитивних, так і хибнонегативних результатів (Devreese et al., 2020).

Для інтерпретації типу й титру антифосфоліпідних антитіл комісія посилається на заяву Міжнародного товариства із тромбозу та гемостазу (ISTH), оскільки не мала на меті детально розглядати питання лабораторних досліджень. Всі члени комісії погоджуються, що у заяві ISTH встановлено стандарти щодо цього конкретного пункту (Devreese et al., 2018).

Крім того, автори позиційного документа пропонують обговорити можливість переведення пацієнток із підтвердженим АФС, які вже приймають ПОАК та не мають повторних тромбоемболічних ускладнень, на антагоніст вітаміну К (АВК). Попередні дані довгострокового дослідження III фази свідчать про те, що перехід із ПОАК на АВК може також бути корисним протягом двох років після встановлення діагнозу ВТЕ (Pengo et al., 2021).

Лікування ТЕЛА у жінок

Під час лікування антикоагулянтами можна продовжувати приймати гормональні контрацептиви, щоб запобігти небажаній вагітності та знизити ризик аномальної маткової кровотечі (АМК) (Klok, Barco, 2019). Згідно з поточними даними, ймовірність рецидиву ВТЕ у жінок, які отримують комбіновані гормональні або чисто прогестинові контрацептиви під час антикоагулянтної терапії при гострій ТЕЛА, не зростає (Huisman et al., 2018; Scheres et al., 2018).

Для хворих на ТЕЛА, що мають пов'язану із застосуванням антикоагулянтів АМК, терапевтичні варіанти включають (Samuelson Bannow, 2020):

1. Відмову від ПОАК на один день (наприклад, якщо кровотеча дуже сильна в певний день циклу), зміну дози або типу антикоагулянту, як-от перехід із перорального інгібітора Ха-фактора на прямий інгібітор тромбіну.
2. Початок гормональної терапії.
3. Додаткове застосування транексамової кислоти.
4. Застосування місцевих інтервенційних стратегій (зокрема внутрішньоматкових засобів) з обговоренням на міждисциплінарному рівні за потреби.

Важливо зауважити, що гормональна терапія підвищує ризик рецидиву ВТЕ після припинення лікування антикоагулянтами. Наявні дані свідчать про те, що ймовірність повторного ВТЕ після відміни гормональної контрацепції (що може бути пов'язано з вищим ризиком ВТЕ, переважно на тлі приймання комбінованих гормональних контрацептивів) та антикоагулянтної терапії є меншою після асоційованої з гормональною контрацепцією ВТЕ, ніж неспровокованої ВТЕ. Тому в цієї когорти хворих після припинення застосування гормональних контрацептивів комісія наголошує на необхідності використання обмеженої, а не безстрокової антикоагулянтної терапії, особливо якщо ймовірність кровотечі висока та/або відсутні фактори ризику повторної ВТЕ (Rodger et al., 2017; Kiconco et al., 2017).

На додаток, автори позиційного документа вважають, що вагітні жінки із попередньою ВТЕ, пов'язаною з використанням гормональних контрацептивів, які не отримують довготривалого лікування антикоагулянтами, мають приймати антикоагулянти у профілактичних або середніх дозах у перед- та післяпологовому періодах до отримання результатів великого багатонаціонального рандомізованого дослідження (NCT0182867).

Постлегенева емболія

ПЛЕ визначається як вперше виникла або прогресувальна задишка, непереносимість фізичних навантажень та/або порушення функціонального чи психічного статусу через принаймні три місяці адекватної антикоагулянтної терапії після гострої ТЕЛА, що не можна пояснити іншими (раніше наявними) супутніми захворюваннями (Klok et al., 2014; Boon et al., 2021). Повідомляється про виявлення ПЛЕ у 40-60% тих, хто переніс ТЕЛА.

За даними M. Delcroix et al. (2021), неповне розсмоктування тромбу відбувалося у 25-50% пацієнтів після гострого епізоду ТЕЛА, незважаючи на лікування антикоагулянтами, але в більшості випадків не мало клінічного значення. В іншому дослідженні було показано, що приблизно у 40% осіб, які перенесли ТЕЛА, спостерігалося стійке порушення перфузії, хоча лише у незначної частки з них в кінцевому підсумку діагностували ХТЕЛГ як найтяжчий клінічний прояв ПЛЕ (Gerges et al., 2020).

Поширеність ХТЕЛГ серед тих, хто переніс ТЕЛА, становить 2-3%, а у разі ТЕЛА зі стійкою задишкою – 5-8%. Проте не зрозуміло, чи ХТЕЛГ розвивається як наслідок гострої ТЕЛА, чи проявляється як гостра ТЕЛА (Ende-Verhaar et al., 2019; Guerin et al., 2014). Тому в поточних настановах не рекомендоване рутинне спостереження за безсимптомними пацієнтами із ТЕЛА за допомогою методів візуалізації, але запропоновано оцінити результати візуалізації індексної події для діагностики гострої ТЕЛА на наявність ознак ХТЕЛГ (Delcroix et al., 2021).

На сьогодні очевидно, що більшість осіб із діагнозом ХТЕЛГ походять із когорти пацієнтів, які перенесли гострий епізод ТЕЛА. Ось чому діагностична оцінка ХТЕЛГ є однією з найважливіших тем у лікуванні хворих на ТЕЛА. Слід уникати затримань у діагностиці, особливо при підозрі на наявність ХТЕЛГ, оскільки вона пов'язана з несприятливими клінічними результатами. Застосування спеціальної програми скринінгу на ХТЕЛГ дозволяє діагностувати більшість пацієнтів із ХТЕЛГ протягом чотирьох місяців після встановлення діагнозу ТЕЛА (Boon et al., 2021).

Ехокардіографія є методом діагностики першого вибору в осіб із підозрою на ХТЕЛГ (Konstantinides et al., 2019). Однак результати тестування можуть бути непереконливими або ж навіть без будь-яких відхилень від норми, особливо на початковій стадії ХТЕЛГ. Тому всіх пацієнтів із підозрою на ХТЕЛГ після підтвердження персистенції хронічної обструкції легеневих судин, переважно шляхом вентиляційно-перфузійного сканування, необхідно направити на обстеження до спеціалізованого медичного центру для забезпечення належного виключення ХТЕЛГ та оптимального лікування, як-от легенева ендартеректомія або балонна ангіопластика легень.

У пацієнтів із ПЛЕ кардіопульмональний навантажувальний тест може бути дуже корисним за умови, що його виконує лікар із досвідом інтерпретації результатів. Таке тестування дозволяє виявити зміни в серцево-судинній, легеневій і скелетно-м'язовій системах, які викликають відповідні симптоми (Radtke et al., 2019). Зокрема, залежно від отриманих результатів, можуть бути діагностовані інші супутні захворювання (серцево-легеневі) та призначено належну терапію.

Наявність функціональних обмежень і хронічної задишки в ідеалі слід оцінювати стандартизованим способом за допомогою валідованих (за повідомленнями пацієнтів) показників згідно зі шкалою функціонального статусу після ВТЕ (PVFS) (Konstantinides et al., 2019; Boon et al., 2020). На підставі наявних даних кожного хворого на ПЛЕ варто ретельно обстежити, особливо якщо обмеження фізичних навантажень є основною ознакою ПЛЕ. Індивідуальні рішення щодо лікування клініцист має приймати на основі симптомів та результатів кардіопульмонального навантажувального тесту. Вони можуть включати серцево-легеневу реабілітацію, зокрема, якщо не виявлено інших коморбідних патологій, які піддаються терапії. Консультування пацієнтів щодо ведення здорового способу життя знижує ризик розвитку даного синдрому та поліпшує серцево-судинний (СС) прогноз.

Фактори серцево-судинного ризику

Дані популяційних та когортних досліджень свідчать про зростання частоти розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) у 2-3 рази в осіб із ТЕЛА або тромбозом глибоких вен порівняно з пацієнтами контрольної групи відповідних віку та статі без ВТЕ (Prandoni et al., 2006; Sorensen et al., 2007). Механізми, які лежать в основі патологічного процесу, на жаль, залишаються недостатньо вивченими. З одного боку, за результатами низки досліджень, традиційні фактори ризику атеросклерозу також можуть бути пов'язані з ВТЕ (Ageno et al., 2008, 2014). Так, P. Prandoni et al. (2006) виявили більшу поширеність атеросклерозу серед хворих на ВТЕ, ніж у контрольні групі без ВТЕ. З іншого боку, інфаркт міокарда та інсульт можуть співіснувати із ТЕЛА, приміром в умовах парадоксальної емболії за відкритого овального вікна (Le Moigne et al., 2019).

Слід зазначити, що, за наявними даними, частота патологій судин була вищою протягом першого року після епізоду ВТЕ у пацієнтів з ожирінням, в осіб із ТЕЛА (порівняно із тромбозом глибоких вен) та у хворих на неспровоковану ВТЕ (Noumegni et al., 2021; Delluc et al., 2020).

Оскільки біомаркери та сурогатні критерії для оцінки СС-ризику в пацієнтів із ТЕЛА не встановлені, відповідно до рекомендацій ESC (2016), слід проводити систематичний аналіз СС-ризику в усіх осіб із ТЕЛА, використовуючи валідовані показники та калькулятори ризику. Хворі на ТЕЛА із високим СС-ризиком, особливо у разі наявності неспровокованої ТЕЛА та/або ожиріння, можуть потребувати невідкладної уваги щодо контролю факторів ризику. Зокрема, доцільно виконувати комплексну оцінку чинників ризику під час планового контрольного огляду через три місяці, індивідуальні ж фактори ризику, такі як куріння та артеріальна гіпертензія, бажано моніторити й виявляти якомога раніше.

У пацієнтів із ТЕЛА та встановленими ССЗ застосування СС-препаратів може бути припинене або змінене під час гострої фази лікування. Особливо це стосується β-блокаторів та антигіпертензивних ліків, використання яких слід переглянути при гострій ТЕЛА із гіпотензією та/або виразною дисфункцією правого шлуночка (ПШ). Індивідуальна ретельна оцінка очікуваних користі та ризику від такої терапії має визначати ведення кожного окремого пацієнта.

Окрім того, можуть бути застосовані такі самі стратегії лікування антикоагулянтами на основі оцінки ризику кровотечі та ішемічних ускладнень, що й у пацієнтів із фібриляцією передсердь. Якщо ймовірність тромбозу стенту перевищує таку кровотечі, слід розглянути використання потрійної терапії протягом >1 тижня, при цьому загальну тривалість (<1 місяця) визначають відповідно до оцінки цих ризиків (Steffel et al., 2021).

Потрійна терапія може бути розглянута на термін до шести місяців у окремих хворих із високим ризиком ішемії (Collet et al., 2021). Потрібно чітко визначити план лікування при виписці зі стаціонару й переглядати його через регулярні проміжки часу під час подальшого спостереження; приміром, можливий короткий період паралельного застосування антитромбоцитарної терапії після інфаркту міокарда або черезшкірного коронарного втручання зі стентуванням, щоб знизити ризик кровотечі (Hindricks et al., 2021).

Спосіб життя, спорт та подорожування

Авіаперельоти та спортивні заходи є важливими темами, які потребують обговорення під час консультування осіб із гострою ТЕЛА. В обох випадках слід дотримуватися обережності у початковому періоді після встановлення діагнозу ТЕЛА.

Дисфункція ПШ може зберігатися від кількох днів до кількох тижнів, через що у пацієнтів виникає ризик серцевої недостатності, якщо ПШ піддається навантаженню. Зокрема, під час авіаперельотів у деяких хворих є ймовірність розвитку легеневої гіпертензії, спричиненої гіпоксією, та, зрештою, правошлуночкової серцевої недостатності (Smith et al., 2012). Мале коло кровообігу матиме відносно обмежену здатність адаптуватися та пристосуватися до збільшення кровотоку, викликаного фізичними навантаженнями, якщо в ньому мають місце застій на тлі гострої ТЕЛА та пов'язане з цим перевантаження ПШ.

Отже, перед поновленням інтенсивних фізичних навантажень і авіаперельотів невдовзі після встановлення діагнозу ТЕЛА слід переконатися, що ПШ відновився. У пацієнтів із ТЕЛА низького ризику це може зайняти лише кілька днів, тоді як за середнього та високого ризику – кілька тижнів. У разі цих конкретних обставин члени комісії рекомендують проводити ехокардіографію та поліпшити параметри ПШ, якщо вони відхилені від норми на вихідному рівні (Konstantinides et al., 2020).

Пацієнтам слід рекомендувати поступово відновлювати регулярні заняття спортом після виписки з лікарні. Загалом потрібно заохочувати та підтримувати пацієнтів із ТЕЛА у дотриманні здорового способу життя, включно з адекватною фізичною активністю, відповідно до європейських рекомендацій щодо профілактики ССЗ (Piepoli et al., 2016). Вона може включати, приміром, аеробні вправи щонайменше 150-300 і 75-150 хв помірної та високої інтенсивності на тиждень відповідно, або еквівалентне поєднання аеробної активності середньої та високої інтенсивності (Rolving et al., 2020; Piercy, Troiano, 2018).

Слід зазначити, що деякі заняття спортом або інші види дозвілля пов'язані зі схильністю до травм та серйозними кровотечами. Під час проведення антикоагулянтної терапії таких дій слід уникати, що також рекомендовано для пацієнтів із фібриляцією передсердь (Pelliccia et al., 2021). Індивідуальний графік антикоагулянтної терапії за довгострокового застосування можна обговорювати із кожним пацієнтом окремо, наприклад у разі занять спортом на професійному рівні.

Далекі авіаперельоти пов'язані з підвищеним ризиком розвитку ТЕЛА після припинення лікування антикоагулянтами (Saleh et al., 2021). Доцільно використовувати компресійні панчохи або профілактичну інтенсивну антикоагулянтну терапію для всіх пацієнтів із ТЕЛА в анамнезі, які припинили приймати антикоагулянти та планують тривалі авіаперельоти (>4 год) (Clarke et al., 2016; Cesarone et al., 2002). З-поміж членів комісії 12 із 16 осіб вважають за потрібне застосовувати ПОАК, тоді як 4 віддають перевагу низькомолекулярному гепарину. Зокрема, 15 із 16 членів комісії зазначають, що фармакологічну тромбопрофілактику варто починати у день польоту, а не напередодні, а 10 вказують на необхідність продовжити її до 2-4 днів після польоту через підвищений ризик ВТЕ, який може зберігатися протягом кількох днів.

Висновки

ТЕЛА – це захворювання, яке може стати пожиттєвим. Лікування осіб із перенесеним гострим епізодом ТЕЛА виходить далеко за межі ранньої фази початкової антикоагулянтної терапії. У пацієнтів із ТЕЛА нерідко виникають серйозні побічні явища під час перебігу захворювання і, зокрема, протягом першого року після встановлення діагнозу, включно із великими кровотечами, рецидивною ВТЕ, патологіями судин та ХТЕЛГ.

Цілеспрямований контроль факторів ризику та оптимальний вибір антикоагулянтів на ранніх стадіях ТЕЛА можуть покращити прогноз для хворих. Поради щодо здорового способу життя, належної фізичної активності, подорожування тощо необхідно обговорити з пацієнтом незабаром після встановлення діагнозу та включити їх до спеціальної програми відновлення, що має входити до комплексного плану лікування. На додаток, скринінг окремої групи хворих на рак і набуту тромбофілію, фактори ризику патологій судин та раннє виявлення ХТЕЛГ мають бути частиною рутинної практики.

Акцент на необхідності підтримання здорового способу життя зменшує імовірність розвитку ПЛЕ і покращує довгостроковий СС-прогноз. Завдяки вимірюванню функціональних результатів і показників якості життя хворих можна встановити наявність ПЛЕ на ранній стадії та скорегувати її за допомогою відповідних стратегій лікування, як-от серцево-легенева реабілітація.

Підготувала ***Олена Коробка***

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.escardio.org