

Новые подходы к профилактике венозной тромбоземболии в практике ортопеда-травматолога

Термин «венозная тромбоземболия» (ВТЭ) объединяет такие взаимосвязанные нозологические формы, как тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и тромбоземболия легочной артерии (ТЭЛА), которые занимают лидирующие позиции в структуре послеоперационной заболеваемости и смертности. Очень высокому риску развития ТГВ и ТЭЛА подвержены пациенты ортопедического и травматологического профиля, что обязывает ортопедов-травматологов с большой ответственностью подходить к вопросу профилактики тромбоземболических осложнений.



директора по научно-лечебной работе ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», доктора медицинских наук, профессора Сергея Ивановича Герасименко.

Продолжая тему профилактики ВТЭ после ортопедических вмешательств и травм, поделюсь своей точкой зрения на данную проблему мы попросили одного из ведущих специалистов в области ортопедии и травматологии нашей страны, заместителя

Но чтобы назначить эти исследования, врач сначала должен заподозрить наличие ТГВ.

Симптомы ТЭЛА также неспецифичны, их выраженность зависит от локализации и размера тромбозембола. Помимо одышки, ТЭЛА может сопровождаться увеличением частоты дыхания, кашлем, болью в груди (чаще всего мигрирующей в лопатку, руку, шею), головокружением, слабостью. В случае внезапного появления немотивированной одышки, артериальной гипотензии и тахикардии пациенту необходимо немедленно провести дополнительное исследование для быстрой верификации ТЭЛА и проведения своевременной тромболитической терапии.

О наличии ВТЭ с высокой вероятностью свидетельствует повышение плазменной концентрации D-димера — специфического продукта деградации фибрина. Но поскольку повышенный уровень D-димера может быть обусловлен также острым инфарктом миокарда, злокачественными новообразованиями, воспалительными процессами, сепсисом, оперативным вмешательством и некоторыми системными заболеваниями, для подтверждения ВТЭ требуется дополнительное обследование пациента.

Какие факторы позволяют отнести пациента к группе риска и указывают на необходимость проведения тромбопрофилактики?

— В основе тромбообразования лежат три фактора: повреждение сосудистой стенки, гиперкоагуляция и венозный застой, составляющие триаду Вирхова. Таким образом, к факторам риска развития ТГВ (следовательно, и ТЭЛА) мы можем отнести состояние, для которых характерны один или несколько компонентов триады Вирхова: травма/политравма, оперативное вмешательство, длительная иммобилизация, пожилой возраст, ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, варикозное расширение вен нижних конечностей, ожирение, злокачественные новообразования, миелолифферативные заболевания, применение эстрогенсодержащей терапии, катетеризации центральной вены, наследственная и приобретенная тромбофилия и др. Необходимо помнить, что при наличии нескольких из перечисленных факторов риск ВТЭ существенно возрастает.

Очень высок риск ВТЭ у пациентов, перенесших тяжелые травмы и большие ортопедические вмешательства. По данным D. Kundiff (2004), риск развития тромбоземболических осложнений при переломе бедренной кости, эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов при отсутствии профилактических мероприятий составляет 40-70%. При этом риск ВТЭ остается достаточно высоким на протяжении 4-6 недель после оперативного вмешательства или травмы. Таким пациентам обязательно показана тромбопрофилактика.

Какие методы профилактики ВТЭ наиболее эффективны при проведении ортопедических или травматологических вмешательств?

— Эффективная тромбопрофилактика предусматривает комплексное воздействие на все компоненты упомянутой выше триады Вирхова. Поскольку при проведении крупных травматологических и ортопедических оперативных вмешательств неизбежно повреждение сосудистой стенки, исключить влияние этого фактора на тромбообразование невозможно. Однако мы можем уменьшить венозный стаз и контролировать состояние свертывающей системы крови.

Уменьшить венозный застой позволяют физические методы — возвышенное

положение ног, эластическое бинтование, применение компрессионных чулок, интермиттирующая пневматическая компрессия нижних конечностей.

Контроль над свертывающей системой крови обеспечивают несколько групп препаратов: нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины (НМГ), непрямые пероральные антикоагулянты (варфарин), непрямые селективные ингибиторы фактора Ха (фондапаринукс), прямые ингибиторы фактора Ха (ривароксабан). Однако следует отметить, что применение некоторых из них сопряжено с определенными трудностями. Так, тромбопрофилактика с помощью НФГ должна проводиться под контролем активированного частичного тромбопластинного времени, а использование варфарина предусматривает регулярный контроль международного нормализованного отношения. В результате применения НМГ возможны такие осложнения, как гематома в месте инъекции, местные аллергические реакции. В то же время применение современных антикоагулянтов, одним из которых является препарат Ксарелто® (ривароксабан), позволяет осуществлять профилактику ВТЭ без регулярного мониторинга показателей свертывающей системы крови.

Какими еще преимуществами обладает Ксарелто®?

— Механизм действия этого препарата связан с ингибированием как свободного фактора Ха, так и фактора Ха в протромбиназном комплексе, что обеспечивает надежный контроль образования фибрина и позволяет получить выраженный, прогнозируемый и контролируемый антикоагулянтный эффект.

Ривароксабан по сравнению с традиционными пероральными антикоагулянтами имеет оптимальный период полувыведения (5-13 ч). Благодаря этому в случае возникновения кровотечений отмена препарата позволяет быстро нормализовать показатели свертываемости крови.

Исследования с применением ривароксабана продемонстрировали, что фармакокинетика препарата не зависит от массы тела, пола и возраста пациента. Это дает возможность использовать препарат в стандартной дозе 10 мг/сут и не подбирать ее для каждого больного, что очень удобно как для врача, так и для пациента.

Таблетированная форма препарата Ксарелто® повышает приверженность больных к лечению, исключает возможность постинъекционных осложнений и позволяет продолжить тромбопрофилактику в амбулаторных условиях. При этом при оперативных вмешательствах и травмах профилактика должна быть длительной — до 35 дней. Это указано в рекомендациях АСССР, а также подтверждено в исследованиях серии RECORD.

Всем ли пациентам, перенесшим ортопедическую или травматологическую операцию, необходима медикаментозная тромбопрофилактика препаратом Ксарелто®?

— В первую очередь препарат Ксарелто® показан пациентам, перенесшим большие оперативные вмешательства (эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава, остеосинтез при переломах бедра, голени или костей таза, операции на позвоночнике), а также при тяжелых травмах. При микрохирургических операциях, небольших оперативных вмешательствах на пальцах кисти или стоп риск развития ВТЭ небольшой, поэтому проводить медикаментозную тромбопрофилактику ВТЭ нецелесообразно.

Всем пациентам на этапе подготовки к большой плановой операции мы проводим обследование венозной системы нижних конечностей с помощью дуплексного ангиосканирования. Эта методика позволяет определить наличие тромба, его характер, локализацию и размеры, распространенность процесса, прочность фиксации тромба к стенке вены. В зависимости от полученных данных и возраста пациента мы принимаем решение о выборе метода тромбопрофилактики.

У лиц молодого возраста (<40 лет) при небольших оперативных вмешательствах, отсутствии тромбов в венозной системе нижних конечностей и факторов высокого риска мы применяем физические методы профилактики ВТЭ. При наличии тромбоза и факторов высокого риска у молодых пациентов, а также всем больным старше 40 лет мы рекомендуем медикаментозную тромбопрофилактику, в частности прием препарата Ксарелто® в послеоперационном периоде.

Какая схема профилактики послеоперационной ВТЭ применяется в вашей клинике?

— Через 6-8 ч после завершения оперативного вмешательства мы назначаем препарат Ксарелто® по 10 мг 1 раз в сутки. Оптимальная длительность профилактики ВТЭ после больших ортопедических вмешательств составляет 28-35 дней. Невыполнение этого требования может привести к трагическим последствиям. Мне известно о случаях, когда больные, успешно перенесшие эндопротезирование крупных суставов, умирали от ТЭЛА через пару недель после выписки из стационара в связи с досрочным прекращением антикоагулянтной терапии. Тогда пероральные антикоагулянты нам были не доступны. Мы рекомендовали пациентам продолжить применение НМГ на дому, но, очевидно, из-за неудобства применения инъекций больные досрочно прекратили профилактику.

Применяете ли вы препарат Ксарелто® в предоперационной подготовке пациентов?

— Согласно инструкции к препарату ривароксабан следует применять после оперативного вмешательства. При плановых операциях мы обычно так и делаем. Однако в некоторых ситуациях целесообразно назначение антикоагулянта до операции. Так, при повреждении больших трубчатых костей, костей таза, позвоночника, при политравме, когда оперативное вмешательство отсрочено более чем на сутки, а риск ТГВ очень высок, антикоагулянты целесообразно начать назначать еще в предоперационном периоде. Дооперационное начало медикаментозной тромбопрофилактики в указанных ситуациях оправдано также тем, что мы не сможем вовремя выявить ТГВ в случае его развития из-за посттравматического отека и иммобилизации конечностей.

Кроме того, мы иногда назначаем Ксарелто® на этапе подготовки к операции пациентам с ишемической болезнью сердца и инфарктом миокарда в анамнезе, однако такое решение принимается в каждом конкретном случае совместно с анестезиологами и кардиологами.

В заключение хочу отметить, что мировой и отечественный опыт применения препарата Ксарелто® позволяет рекомендовать его включение в практические рекомендации по профилактике ВТЭ при эндопротезировании суставов, остеосинтезе и других больших ортопедических вмешательствах, а также после тяжелых травм/политравм. Применение в клинике нашего института эффективных и современных антикоагулянтов, в том числе препарата Ксарелто®, дает нам возможность ежегодно сокращать количество случаев ВТЭ и связанную с ней летальность. Только за последний год смертность от ВТЭ в клинике института на 6 тыс. сложных оперативных вмешательств снизилась вдвое (с 4 в 2009 г. до 2 случаев в 2010 г.), а в клинике заболеваний суставов у взрослых в 2010 г. не было ни одного летального исхода.

Ривароксабан зарегистрирован в Украине под брендовым названием Ксарелто. Показанием к применению Ксарелто (в дозе 10 мг 1 раз в сутки) является профилактика ВТЭ после обширных ортопедических операций на нижних конечностях.

Подготовил Вячеслав Килимчук



Почему проблеме ВТЭ в последнее время уделяется так много внимания?

— Пристальное внимание медицинской общественности к проблеме ВТЭ объясняется как большой распространенностью этой патологии, так и чрезвычайно высокими показателями смертности и инвалидности. Сегодня ВТЭ занимает третье место в структуре сердечно-сосудистой заболеваемости после ишемической болезни сердца и инсульта. Ежегодно ТГВ и ТЭЛА диагностируют у 100-160 человек на 100 тыс. населения, причем этот показатель постоянно увеличивается. По данным исследования VITAE, количество зарегистрированных случаев ТГВ в странах Европейского Союза составило 684 тыс. в год, а ТЭЛА — 435 тыс. в год. В целом на ВТЭ приходится около 10% случаев госпитальной летальности.

С проблемой ВТЭ сталкиваются врачи многих специальностей, в первую очередь ортопеды-травматологи, выполняющие большие оперативные вмешательства. Так, при достаточно низком показателе госпитальной летальности в нашем институте (в 2009 г. зафиксировано 9 смертей приблизительно на 6 тыс. операций, в 2010 г. — 6 случаев летального исхода) ее треть приходится на тромбоземболические осложнения (4 и 2 случая соответственно).

Что касается Украины в целом, то в настоящее время мы не располагаем достоверной информацией о распространенности ТГВ и ТЭЛА, в том числе в ортопедо-травматологической практике, но следует признать, что частота диагностируемых случаев ВТЭ существенно ниже по сравнению с данными зарубежных публикаций.

Чем можно объяснить низкий уровень выявляемости ВТЭ в Украине?

— В первую очередь он свидетельствует о недостаточной настороженности врачей в отношении ВТЭ. Однако существуют и объективные причины, затрудняющие своевременную диагностику ТГВ и ТЭЛА не только в Украине, но и в развитых странах мира. Например, нет ни одного лабораторного признака или клинического симптома, характерного только для ВТЭ.

Напомню, что к основным симптомам ТГВ относятся спонтанная боль в области голени и стопы, односторонний отек стопы, голени и бедра, появление боли в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы (симптом Хоманса), локальная болезненность при пальпации по ходу вен. Но, к сожалению, более чем в половине случаев ТГВ протекает бессимптомно. При этом именно у пациентов с бессимптомным течением ТГВ отмечается наиболее высокий риск развития массивной ТЭЛА.

Наиболее информативными методами инструментального исследования в диагностике ТГВ являются доплеровское ультразвуковое исследование сосудов нижних конечностей и рентгеноконтрастная флебография.