



Школа тромбoproфилактики

12 ноября 2010 года в Киевской городской клинической больнице «Киевский городской центр сердца» при участии ведущих специалистов Украины в области кардиологии, хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии состоялась научно-практическая конференция «Школа тромбoproфилактики». Ее организаторами выступили Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, КГКБ «Киевский городской центр сердца», Ассоциация анестезиологов Украины, Ассоциация специалистов по аритмологии и электрофизиологии сердца. Все доклады, прозвучавшие на этом мероприятии, вызвали большой интерес у участников конференции. Уверены, что не менее интересны они будут и нашим читателям.

Открыл конференцию директор Киевского городского центра сердца, член-корреспондент НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Борис Михайлович Тодуров, который выступил с докладом «Хирургическое лечение острой и хронической тромбоэмболии легочной артерии».



— Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остается грозным, трудно диагностируемым и при этом достаточно широко распространенным состоянием. Частота ТЭЛА составляет приблизительно 70 случаев на 100 тыс. населения в год (B. Lindblad et al., 1991), а смертность при этой патологии достигает 20-28% (D.E. Lilienfeld et al., 1990). В структуре госпитальной летальности на нее приходится около 10%.

В настоящее время мы уже не говорим о ТЭЛА как об изолированной нозологической форме, а рассматриваем ее как одно из проявлений венозного тромбоэмболизма (ВТЭ), поскольку в 95% случаев ТЭЛА предшествует тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей. Очень небольшое количество случаев ТЭЛА обусловлено тромбозом вен верхних конечностей либо изолированным тромбозом в системе нижней полой вены.

К сожалению, диагноз ТЭЛА очень часто устанавливают слишком поздно. По данным N. Schluger et al. (1994), только у 20-25% больных, умерших от ТЭЛА, правильный диагноз был установлен прижизненно. Одной из причин такой неутешительной ситуации является то, что приблизительно 80% случаев ТГВ, приводящего к развитию ТЭЛА, протекает бессимптомно.

Заподозрить ТЭЛА можно при наличии таких симптомов, как увеличение частоты дыхательных движений и тахикардия. В пользу ТЭЛА свидетельствуют снижение насыщения крови кислородом, признаки перегрузки правого желудочка на ЭКГ, недостаточность трехстворчатого клапана (ТК) и повышенное давление в правом желудочке (ПЖ) на ЭхоКГ (до 50-60 мм рт. ст. при острой ТЭЛА и до 90-140 мм рт. ст. при хронической). При наличии таких признаков пациенту необходимо срочно провести ангиопульмонографию для уточнения диагноза и принятия решения о хирургическом лечении. Комплексное рентгенконтрастное исследование помимо ангиопульмонографии должно также включать зондирование правых отделов сердца и ретроградную илеокаваграфию, позволяющую установить источник эмболии. Альтернативой ангиопульмонографии в клиниках, где нет возможностей для ее проведения, может быть компьютерная томография с контрастным усилением, однако диагностическая ценность этого метода ниже. Еще одним методом диагностики ТЭЛА является перфузионное сканирование легких. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей дает возможность

выявить нарушение их проходимости (тромбоз).

Что касается лечения ТЭЛА, то в настоящее время в нашем арсенале есть такие методы, как установка кава-фильтра, тромболитическая терапия и тромбоэмболектомия, которая проводится при наличии противопоказаний к тромболитикам. При хронической ТЭЛА, когда тромбы уже организованы, может быть проведена тромбэндартерэктомия.

В настоящее время оптимальным способом лечения острой массивной ТЭЛА является тромболизис. Показаниями к его проведению являются ТЭ ствол и главных ветвей ЛА и ТЭ главных ветвей ЛА в сочетании с ТГВ нижних конечностей. Основные противопоказания — острое кровотечение, подозрение на расслоение аорты, острый перикардит, разрыв аневризмы, неконтролируемая артериальная гипертензия. Одним из противопоказаний к проведению тромболизиса является и ранний послеоперационный период, однако уже на 6-7-е сутки после вмешательства, если нет кровоточащей раневой поверхности (как, например, ложе мочевого пузыря) и открытых дренажных отверстий, из которых продолжает выделяться кровянистое содержимое, можно провести тромболизис под контролем показателей свертывающей системы крови. У нас есть опыт проведения тромболизиса на 6-е сутки после операции с применением искусственного кровообращения.

Согласно инструкциям по медицинскому применению тромболитики необходимо вводить в первые 2-3 суток после тромбоза или тромбоэмболии, так как именно в этот промежуток времени они наиболее эффективны. Однако на практике тромболитическая терапия ТЭЛА с применением современных тромболитиков дает хорошие результаты и в более поздние сроки (до 3 нед). В нашей практике эффективный тромболизис был проведен на 21-й день после первого эпизода ТЭЛА.

При наличии противопоказаний к проведению тромболизиса и длительности заболевания более 20 дней рекомендовано хирургическое лечение ТЭЛА (тромбоэмболектомия из ЛА или тромбэндартерэктомия).

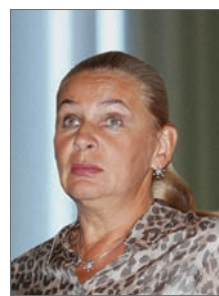
В случае хронической ТЭЛА длительная легочная гипертензия приводит к перегрузке ПЖ, его гипертрофии и митральной недостаточности (дилатации фиброзного кольца ТК). Возникающий вследствие этого венозный застой в большом круге кровообращения способствует тромбообразованию. Новые тромбоэмболы вызывают окклюзию все большего количества ветвей ЛА, усиливая легочную гипертензию и замыкая порочный круг. Назначение антикоагулянтов в данном случае не приводит к существенному улучшению состояния пациента, поскольку имеет место механическая причина венозного стаза и тромбообразования. Поэтому выполнение тромбэндартерэктомии из ЛА при хронической ТЭЛА с высокой легочной гипертензией обязательно должно сопровождаться пластикой ТК, поскольку его недостаточность в данном случае носит органический характер.

Операции при хронической ТЭЛА необходимо выполнять при хорошем анестезиологическом и перфузионном обеспечении (искусственном кровообращении, ИК), поскольку остановка кровообращения или значительное снижение перфузии во время операции могут иметь не менее драматичные последствия, чем основное заболевание. Также следует подчеркнуть, что тромбэндартеректомия при хронической ТЭЛА необходимо проводить не только при ИК, но и практически при полной остановке кровообращения или минимальной перфузии в малом круге, поскольку при несоблюдении этого условия даже небольшое повреждение стенки ЛА или ее ветвей во время удаления тромба может привести к массивному и неконтролируемому кровотечению (вследствие того что кровь во время ИК гепаринизирована).

Пациентам с длительно существующим супрасистемным давлением в ЛА тромбэктомию выполнять нельзя, в таких случаях показана трансплантация комплекса сердце-легкие.

При рецидивирующей ТЭЛА рекомендована установка противоземболического интравенозного кава-фильтра (на несколько сантиметров ниже почечных вен, что позволяет предотвратить и их эмболизацию).

Ведущий научный сотрудник отдела хирургии сосудов Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины, доктор медицинских наук Лариса Михайловна Чернуха посвятила выступление тромботическим поражениям вен нижних конечностей и таза, современным методам их диагностики и лечения.



— Термином «венозный тромбоэмболизм» сегодня объединяют такие нозологии, как ТГВ, ТЭЛА, а также тромбоз (варикотромбоз) — тромботическое поражение вен поверхностной венозной системы (ТФ).

ВТЭ представляет собой одну из наиболее серьезных проблем современной медицины, так как характеризуется высокими показателями распространенности и смертности. В странах ЕС, например, ВТЭ является причиной смерти более 500 тыс. человек в год (по данным исследования VITAE), что в 2 раза больше, чем показатели смертности от СПИДа, рака молочной железы, рака предстательной железы и ДТП вместе взятые. Распространенность ВТЭ постоянно растет. Так, по данным National Inpatient Sample (Национальной госпитальной выборки США), количество случаев ТГВ в США увеличилось с 557 тыс. в 1998 г. до 848 тыс. в 2003 г. (С.Н. Timaran et al., 2007). При неадекватном лечении ТГВ и ТФ развивается хроническая венозная недостаточность (ХВН), на лечение которой приходится значительная часть расходов систем здравоохранения. Так, ежегодные затраты на лечение ХВН в США составляют 3 млрд долларов, в странах Западной Европы — около 1 млрд.

В основе развития тромбоза лежат три основных фактора, известных как триада Вирхова: гиперкоагуляция, повреждение эндотелия сосуда и стаз крови. В венах значительно чаще, чем в артериях, формируются тромбы вследствие более медленного и турбулентного (из-за наличия клапанов) тока крови. Стазу крови способствует также то, что вены имеют более тонкий, чем у артерий, мышечный слой.

Некоторые аспекты процесса тромбообразования и последующей организации тромба в глубоких и поверхностных венах нижних конечностей практически идентичны, но их клинические проявления и течение заболевания существенно отличаются.

Варикотромбоз нижних конечностей, который является основным осложнением варикозной болезни, обычно рассматривают как безопасное состояние. Однако следует помнить, что данное осложнение может приводить к развитию ТГВ (примерно у 10-25% пациентов) и тромбоэмболическим осложнениям (у 10%). В клинической картине ТФ преобладают болезненность по ходу уплотненных поверхностных вен и гиперемия кожи с последующей гиперпигментацией.

Основными задачами диагностического процесса при ТФ являются:

- своевременная диагностика (до развития тяжелых осложнений);
- определение точной локализации тромботического процесса и проксимальной границы тромба, отсутствия или наличия проникновения тромба в глубокую венозную систему, в том числе через систему перфорантных вен (основной метод диагностики — цветное дуплексное ангиосканирование — ЦДАС);
- определение степени риска тромбоэмболических осложнений и своевременное их выявление;
- диагностика тяжелых сопутствующих заболеваний или факторов риска для определения объема и этапности хирургического лечения.

Оперативные вмешательства при варикотромбозе можно разделить на плановые, срочные и экстренные. При наличии варикотромбоза на голени и отсутствии непосредственной угрозы распространения тромбоза на крупные вено-венозные соустья рекомендовано консервативное лечение в остром периоде и плановая корректирующая операция на венозной системе в полном объеме. В случае выявления восходящего варикотромбоза систем большой или малой подкожных вен с локализацией верхушки тромба до уровня остиального клапана необходимо срочное оперативное вмешательство. Если в области крупных венозных соустий определяется проникновение тромба в систему глубоких вен (флотация тромба), следует провести экстренную операцию.

Широкая распространенность, нередко скудная клиническая симптоматика, сложность диагностики и тяжесть осложнений — основные характеристики

Продолжение на стр. 8.

Школа тромбопрофілактики

Продолжение. Начало на стр. 7.

ТГВ. Так, у 32-45% пациентов с ТГВ нижних конечностей развивается массивная ТЭЛА. При этом у 80% больных ТГВ протекает бессимптомно, что существенно усложняет своевременное выявление тромбоэмболических осложнений. Поэтому необходима настороженность врачей всех специальностей в отношении ТГВ, для чего следует знать его основные факторы риска.

Факторами риска развития ТГВ (вызывающими стаз крови, гиперкоагуляцию и/или повреждение стенки сосуда) являются: операция, травма/политравма, иммобилизация, опухоль, химиотерапия злокачественного заболевания, компрессия вен, ВТЭ в анамнезе, беременность и послеродовой период, эстрогенсодержащая терапия, пожилой возраст, острое терапевтическое заболевание, воспалительные заболевания кишечника, нефротический синдром, миелолипролиферативные заболевания, пароксизмальная ночная гемоглобинурия, ожирение, катетеризация центральной вены, наследственная или приобретенная тромбофилия и др. Чем больше у пациента выявлено факторов из приведенного списка, тем выше риск ВТЭ (по данным F.A. Anderson, при наличии пяти факторов он достигает 100%).

Клиническая картина ТГВ характеризуется сочетанием симптомов нарушенного венозного оттока при сохраненном артериальном притоке крови — локальная и/или распирающая боль, отек, цианоз конечности, усиление венозного рисунка, возможно локальное повышение температуры кожи. Еще раз следует подчеркнуть, что в большинстве случаев классическая клиническая картина ТГВ отсутствует, что существенно затрудняет диагностику. Наиболее опасны при ТГВ флотирующие тромбы (фиксированные к стенке вены только дистальным полюсом), которые не приводят к нарушению венозного оттока, а следовательно, и появлению симптомов, но, отрываясь от стенки вены, очень часто становятся причиной ТЭЛА.

Современная стратегия ведения пациентов с ТГВ направлена на решение следующих задач: своевременная и объективная диагностика, прерывание коагуляционного каскада и восстановление проходимости магистральных вен, предотвращение ТЭЛА и профилактика рецидива заболевания. Для достижения этих целей применяются антикоагулянтная терапия; методы, направленные на восстановление проходимости сосудов (системный тромболизис, регионарная тромболитическая терапия, хирургическая тромбэктомия); хирургические и эндоваскулярные вмешательства, предупреждающие миграцию тромбоэмбола в ЛА.

Диагностический план при ТГВ включает:

- лабораторные методы исследования
- общеклинические, коагулограмму (обязательно включая определение уровня D-димера);
- инструментальные — ЦДАС (уточнение топического диагноза и эмболоопасности — окклюзирующий или флотирующий тромб), рентгенография органов грудной клетки (при подозрении на ТЭЛА или ее ветвей), ЭхоКГ, флебография по показаниям (для уточнения данных УЗИ), ретроградная илеокаваграфия (при распространении тромба на илеокавальный сегмент), другие методы исследования (для определения сопутствующих заболеваний).

Основные методы лечения ТГВ и профилактики ТЭЛА включают применение антикоагулянтов, тромболизис и оперативное вмешательство.

Консервативная терапия ТГВ может проводиться как самостоятельно, так и в комбинации с тромбэктомией. Она включает помимо антикоагулянтов и тромболитиков противовоспалительные средства, эластическую компрессию, режим отдыха.

Среди современных методов тромболизиса следует отметить катетеруправляемую внутритромботическую доставку активаторов плазминогена, которая позволяет ускорить разрешение тромба и в то же время уменьшает вероятность кровотечения по сравнению с системным тромболизисом.

Основным методом хирургической профилактики ТЭЛА у пациентов с ТГВ является имплантация кава-фильтров, реже применяется пликация нижней полой вены. Не следует забывать, что хирургические вмешательства на нижней полой вене, спасая жизнь определенному количеству больных, в то же время в 40-45% случаев приводят к ее хронической окклюзии и тяжелым формам ХВН, трудно поддающейся лечению. В связи с риском развития этих осложнений в настоящее время показаний к имплантации кава-фильтров существенно сузились. Кроме того, в решении данной проблемы помогла разработка съемных моделей фильтров, которые могут быть удалены эндоваскулярным путем после исчезновения угрозы тромбоэмболии.

Существенно повышают риск развития тромбоза любой локализации и его рецидивирования тромбофилические состояния — наследственные или приобретенные изменения гемостаза или гемокоагуляции. По данным J.A. Caprini et al. (2005), распространенность тромбофилических состояний в популяции составляет от 8 до 11%, а частота выявления различных видов тромбофилии у пациентов с ТГВ достигает 60-70%.

Рассмотреть подробно выступления всех участников этой конференции в рамках одной публикации невозможно, поэтому в данной статье мы дадим лишь краткий обзор остальных докладов. Со многими из них можно будет ознакомиться на страницах этого и следующих выпусков тематического номера «Хирургия. Ортопедия. Травматология», а также тематического номера «Онкология».

Выступление заведующего лабораторией ультразвуковой диагностики Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины, кандидата медицинских наук Вячеслава Михайловича Бешляги было посвящено эхокардиографической диагностике легочной гипертензии (ЛГ), которая является одним из основных проявлений ТЭЛА.



Он ознакомил слушателей с ЭхоКГ-признаками ЛГ, не связанной с пороками и заболеваниями сердца. К ним относятся: гипертрофия стенок ПЖ из-за перегрузки давлением, вторичное снижение сократимости ПЖ, вторичная дилатация полости ПЖ, дискинезия межжелудочковой перегородки из-за межжелудочковой асинхронии, дилатация и недостаточность ТК, дилатация правого предсердия, дилатация нижней полой вены,

изменение характера движения створок клапана ЛА и спектра кровотока в выходном тракте ПЖ, недогруженность левых отделов сердца объемом.

О современных возможностях профилактики ВТЭ при проведении плановых оперативных вмешательств рассказала заведующая кафедрой анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Елена Николаевна Клигуненко.



Она подчеркнула, что при проведении оперативных вмешательств в общей хирургии у пациентов, не получавших тромбопрофилактику, частота ТГВ составляет 15-30%, фатальной ТЭЛА — 0,2-0,9%. После операции риск ВТЭ остается высоким в течение длительного времени, в частности в общей хирургии — не менее 7-10 дней, в ортопедической хирургии — 4-6 нед, онкохирургии — 4 нед.

При проведении хирургических вмешательств применяют как фармакологические, так и механические методы тромбопрофилактики. Снизить риск ВТЭ позволяет также выбор адекватного метода анестезии. Эти методы часто применяются в сочетании и никогда не исключают друг друга. При низком риске ВТЭ и при наличии противопоказаний к применению медикаментозных средств профилактики применяются только физические (механические) методы, в то время как при среднем и высоком риске их использование возможно только в дополнение к фармакологической тромбопрофилактике.

Фармакологические средства тромбопрофилактики при проведении оперативных вмешательств можно разделить на две группы: неспецифические (адекватная гидратация, нормоволемическая гемодилюция, лечение дыхательной и циркуляторной недостаточности) и специфические — нефракционированный гепарин (НФГ) и низкомолекулярные гепарины (НМГ). Действие гепаринов направлено на усиление эндогенной противосвертывающей системы и в первую очередь на повышение активности антитромбина III (АТ III) (отвечает за инактивацию фактора Ха). Следует отметить, что НФГ активирован не только АТ III, но и тромбин (фактор Па), в то время как НМГ связываются только с АТ III, что повышает их антикоагулянтную активность и одновременно снижает риск кровотечений. Наиболее высоким соотношением анти-Ха/анти-Па-факторной активности среди НМГ обладает бемипарин (Цибор) — единственный НМГ второго поколения. Кроме того, он характеризуется наиболее продолжительным периодом полувыведения. И наконец, бемипарин — единственный НМГ, начало применения которого с целью профилактики ВТЭ в послеоперационном периоде возможно не только до (за 2 ч), но и после операции (через 6 ч).

На базе кафедры анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний ФПО ДГМА проведено исследование, цель которого — оценка эффективности и безопасности тромбопрофилактики препаратом Цибор у пациентов, перенесших плановые общехирургические операции, изучение влияния тромбопрофилактики на воспалительный ответ в послеоперационном периоде и сравнение различных режимов тромбопрофилактики (НФГ и бемипарин с до- и послеоперационным стартом тромбопрофилактики).

Было установлено, что в группе НФГ на первые и пятые сутки после операции был значительно выше уровень D-димера, а следовательно, и выше риск ВТЭ, чем в группе Цибора. Также в группе НФГ было зафиксировано снижение АТ III ниже критического уровня, что стало еще одним доказательством реальной угрозы ВТЭ при данном режиме тромбопрофилактики. В то же время применение Цибора было эффективно и безопасно как при до-, так и послеоперационном старте тромбопрофилактики.

Кроме того, бемипарин уменьшал выраженность воспаления, опосредованного действием фактора некроза опухоли α (ФНОα), и способствовал поддержанию нормального уровня противовоспалительного ИЛ-10. В отличие от бемипарина в группе НФГ было отмечено существенное повышение уровня ФНОα и снижение ИЛ-10.

Профессор Е.Н. Клигуненко подчеркнула, что подавление воспаления с помощью бемипарина защищает организм от неблагоприятных реакций на хирургическую агрессию. Продемонстрированные в данном исследовании преимущества Цибора позволяют рекомендовать этот НМГ в качестве препарата первой линии для тромбопрофилактики в послеоперационном периоде после плановых общехирургических вмешательств.

Интенсивной терапии пациентов с ТЭЛА посвятил доклад главный анестезиолог ГУЗ и МО г. Киева, доцент кафедры анестезиологии и интенсивной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика Михаил Владимирович Бондарь.



О сложности лечения ТЭЛА, как отметил докладчик, свидетельствует тот факт, что даже в кардиологических клиниках США и других развитых стран мира летальность при этой патологии достигает 50%.

В настоящее время основными этиопатогенетическими методами лечения ТЭЛА являются антикоагулянтная и тромболитическая терапия, а также тромбэктомия из ЛА. При острой ТЭЛА рекомендовано максимально быстрое начало терапии НФГ (средняя болюсная доза 80 ЕД/кг внутривенно с дальнейшей внутривенной инфузией со скоростью 18 ЕД/кг/ч под контролем активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ). АЧТВ первый раз определяют через 6 ч после начала инфузии, в последующем — через 6 ч после изменения режима гепаринотерапии, если в нем возникла необходимость по данным предыдущего показателя АЧТВ. Если АЧТВ удерживается в пределах 46-70 с, то контроль показателя осуществляют раз в сутки.

НМГ являются эффективной альтернативой НФГ в тех случаях, когда более медленное начало их действия не угрожает состоянию пациента. НМГ при ТЭЛА применяют в достаточно низких дозах: Бемипарин в дозе 115 МЕ/кг раз в сутки, эноксипарин в дозе 1 мг/кг каждые 12 часов.

Длительность гепаринотерапии составляет 5-7 дней. Перевод на непрямые антикоагулянты осуществляют в течение 4-5 дней путем одновременного назначения НФГ и варфарина 5 мг/сут до достижения показателя международного нормализованного отношения (МНО) 2-3, после чего НФГ отменяют. При рецидивирующей ТЭЛА варфарин начинают применять одновременно с назначением НФГ. Продолжительность приема варфарина составляет 3 мес.

Показаниями к проведению тромболитической терапии при ТЭЛА являются: жизнеугрожающее состояние пациента, нестабильная гемодинамика, правожелудочковая недостаточность и остановка кровообращения. Предпочтение следует отдавать фибринспецифическим тромболитикам (альтеплазе, ретеплазе, тенектеплазе), так как при применении неспецифических (стрептокиназы, урокиназы) существует риск системного фибринолиза и вызванного им кровотечения.

Проведение медикаментозного тромболитического сопровождается отсроченным парадоксальным прокоагулянтным эффектом, поэтому после него необходимо продолжить антикоагулянтную терапию НФГ (болюс 60 ЕД/кг сразу после завершения тромболитического и поддерживающая доза 12 ЕД/кг/ч для поддержания АЧТВ 50-70 с). Терапия НФГ продолжается 5-7 дней.

Наиболее серьезным осложнением тромболитического является кровотечение (массивное в 12% случаев, внутричерепное кровоизлияние — в 1%), но следует помнить, что в жизнеугрожающих ситуациях риск смерти от ТЭЛА превышает риск кровотечения.

С докладом, посвященным профилактике тромбоэмболических осложнений у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), выступил доктор медицинских наук, профессор кафедры кардиологии и функциональной диагностики НМАПО им. П.Л. Шупика Олег Иосифович Жаринов.



Он подчеркнул, что ФП является важным и независимым фактором риска такого тромбоэмболического осложнения, как ишемический инсульт, который при ФП развивается в 5 раз чаще и протекает тяжелее, чем у лиц без ФП.

Согласно современным рекомендациям профилактика тромбоэмболических осложнений — это первое лечебное мероприятие в алгоритме ведения пациентов с ФП (за исключением жизнеугрожающих гемодинамически значимых пароксизмов), и только после этого проводятся мероприятия по восстановлению сердечного ритма, так как кардиоверсия существенно повышает риск эмболии.

Если для тромбопрофилактики используются не прямые антикоагулянты, то необходимо поддерживать показатель МНО на уровне 2-3 в течение 3 нед до и 4 нед после кардиоверсии. Применение прямых антикоагулянтов позволяет ускорить подготовку пациента к кардиоверсии, что позволяет уменьшить процессы электрического ремоделирования предсердий. Из прямых антикоагулянтов предпочтение следует отдавать НМГ. При отсутствии тромба в левом предсердии (определяется на чреспищеводной ЭхоКГ) кардиоверсию проводят в сжатые сроки после назначения прямых антикоагулянтов. Если ФП длится менее 48 ч, то кардиоверсию можно проводить без антикоагулянтов.

В течение 4 нед после кардиоверсии необходимо продолжать антикоагулянтную терапию непрямыми антикоагулянтами, а при наличии факторов риска профилактика тромбоэмболических осложнений должна быть более длительной. Выбор препарата для дальнейшего лечения (антикоагулянт или антиагрегант) зависит от степени риска:

- при наличии фактора высокого риска инсульта или >1 фактора умеренного риска (2 балла по шкале CHADS2-

VASc) рекомендовано применение варфарина (МНО 2-3);

- при одном факторе умеренного риска (1 балл) — прямые антикоагулянты или ацетилсалициловая кислота (АСК) 75-325 мг (МНО 2-3);

- без факторов риска — АСК 75-325 мг или без терапии.

Если имеются противопоказания к назначению антикоагулянтов, но риск инсульта достаточно высокий, можно рассмотреть возможность проведения двойной антитромбоцитарной терапии — АСК + клопидогрель. Перспективными в отношении профилактики тромбоэмболических осложнений у пациентов с ФП являются прямые ингибиторы тромбина и ингибиторы фактора Ха, изучение которых продолжается.

В рамках конференции рассматривались не только вопросы, касающиеся непосредственно нарушений гемостаза и их коррекции, но и смежные проблемы. Так, президент Ассоциации анестезиологов Днепропетровской области, заведующий кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Юрий Юрьевич Кобеляцкий выступил с докладом «Актуальные вопросы периперационного обезболивания», рассмотрев эту тему с точки зрения доказательной медицины.



В начале доклада он подчеркнул, что вопрос послеоперационной анальгезии очень уместен в рамках конференции, посвященной тромбопрофилактике, поскольку неадекватное обезболивание и, как следствие, некупированная боль могут быть причиной тромбоэмболических осложнений, так как способствуют гиперкоагуляции. Особое внимание в его докладе было уделено применению нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) для послеоперационной анальгезии. К настоящему времени получено большое количество доказательств в пользу того, что препараты этой группы являются эффективным средством для лечения острой послеоперационной боли. Добавление НПВП к контролируемой пациентом анальгезии опиатами достоверно снижает потребность в последних и частоту таких нежелательных реакций, как тошнота, рвота и седация.

С точки зрения соотношения эффективности и безопасности среди НПВП отдельного внимания заслуживает, по мнению профессора Ю.Ю. Кобеляцкого, декскетопрофена трометамол (Дексалгин). Это растворимая в воде соль правоповорачивающего изомера кетопрофена, которая в половинной дозе обладает сопоставимым с кетопрофеном анальгетическим эффектом и в то же время более высоким профилем безопасности, что было подтверждено в ряде исследований (J.R. Laporte et al., 2004; H. Zippel et al., 2006 и др.).

Выступление президента Ассоциации анестезиологов Украины, заведующего кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии НМУ им. А.А. Богомольца, доктора медицинских наук, профессора Феликса Семеновича Глумчера было посвящено такой актуальной проблеме, как тромбопрофилактика в травматологии.

Он рассказал, что на определенном этапе травмы, обычно уже на 3-4-е сутки после нее, а иногда и раньше, гипокоагуляцию сменяет гиперкоагуляция с высоким риском развития ТГВ и ТЭЛА. К сожалению, несмотря на имеющуюся доказательную базу и основанные



на ней современные рекомендации, у пациентов с тяжелыми травмами и поли-травмой часто не проводится адекватная профилактика тромбоэмболических осложнений главным образом из-за опасений, что это может усилить кровотечение в травмированных тканях. Риск геморрагических осложнений действительно существует, однако риск ВТЭ еще выше, поэтому у большинства пациентов с травмами следует проводить медикаментозную тромбопрофилактику преимущественно с помощью НМГ. Ее начинают, как правило, через 36-48 ч после травмы (после достижения первичного гемостаза) и продолжают в течение всего периода пребывания пациента в стационаре.

Профессор Ф.С. Глумчер представил также результаты проведенного на базе возглавляемой им кафедры исследования, в ходе которого было показано, что применение НМГ второго поколения бемипарина (Цибор) при травматологических операциях на нижних конечностях снижает риск ВТЭ и не повышает риск кровотечений при до- и послеоперационном начале его введения.

Доклад доктора медицинских наук, профессора кафедры детской анестезиологии и интенсивной терапии НМАПО им. П.Л. Шупика, Андрея Викторовича Беляева был посвящен современному подходу к тромбопрофилактике в тех клинических ситуациях, когда из-за риска геморрагических осложнений возникает необходимость в отмене не прямых антикоагулянтов, но сохраняется риск ВТЭ.



В таких ситуациях (в периперационном периоде, после эпизода кровотечения на фоне терапии непрямыми антикоагулянтами, при снижении показателя МНО до субтерапевтического уровня и ниже) оптимальным решением может быть bridging-терапия. Она заключается в кратковременной (1-3 недели) отмене не прямых антикоагулянтов с одновременным назначением гепаринов (НФГ или НМГ). Предпочтение при bridging-терапии следует отдавать НМГ, в частности бемипарину (Цибору), так как для него характерно оптимальное соотношение пользы и риска (высокоэффективная тромбопрофилактика при минимальном риске геморрагических осложнений).

Проблему нарушений гемостаза в онкогинекологии, их профилактики и коррекции осветил заведующий кафедрой анестезиологии, интенсивной терапии с последипломной подготовкой Одесского национального медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Олег Александрович Тарабрин.

Он отметил, что приблизительно у половины больных злокачественными новообразованиями имеют место нарушения гемостаза, а при прогрессировании процесса этот показатель может достигать 90%. Установлено, что ВТЭ является второй по частоте причиной смерти онкологических больных. Поэтому тромбопрофилактика — важный компонент ведения пациентов с онкопатологией, особенно в послеоперационном периоде.

Профессор О.А. Тарабрин представил результаты собственного исследования, целью которого было определить



на ней современные рекомендации, у пациентов с тяжелыми травмами и поли-травмой часто не проводится адекватная профилактика тромбоэмболических осложнений главным образом из-за опасений, что это может усилить кровотечение в травмированных тканях. Риск геморрагических осложнений действительно существует, однако риск ВТЭ еще выше, поэтому у большинства пациентов с травмами следует проводить медикаментозную тромбопрофилактику преимущественно с помощью НМГ. Ее начинают, как правило, через 36-48 ч после травмы (после достижения первичного гемостаза) и продолжают в течение всего периода пребывания пациента в стационаре.

Тему тромбопрофилактики у пациентов с онкопатологией продолжил заведующий научно-исследовательским отделом анестезиологии и интенсивной терапии Национального института рака, кандидат медицинских наук Иван Иванович Лесной.



Он раскрыл механизмы взаимосвязи между злокачественным новообразованием и ВТЭ, среди которых активация коагуляции, индуцируемая как опухолевыми (посредством тканевого фактора и ракового прокоагулянта), так и нормальными клетками организма, стимулированными опухолевыми клетками (через ФНОα, ИЛ-1β, молекулы адгезии, фактор роста эндотелия сосудов). Кроме того, докладчик обратил внимание на такой интересный факт, что НМГ при онкопатологии могут снижать смертность больных не только благодаря антикоагулянтному действию и, следовательно, профилактике ВТЭ, но и за счет противоопухолевого эффекта.

Приведенная И.И. Лесным доказательная база свидетельствует о том, что НМГ более предпочтительны при онкопатологии, чем варфарин, а среди НМГ оптимальным выбором является бемипарин (Цибор), так как для него убедительно показана способность повышать выживаемость онкобольных (исследование ABEL).

Длительность тромбопрофилактики у онкохирургических больных должна быть не менее 28 дней после операции.

На противоопухолевой активности НМГ акцентировал внимание и профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии Украинской военно-медицинской академии, доктор медицинских наук Виталий Адамович Лисецкий.



Он привел данные, свидетельствующие о том, что антиангиогенная и противоопухолевая активность НМГ в 10 раз выше, чем НФГ. Основываясь на данных Киевского онкологического центра,

профессор В.А. Лисецкий продемонстрировал, что применение НМГ значительно снижает частоту послеоперационных осложнений у онкобольных, причем не только тромбоэмболических, и повышает их выживаемость.