

МНЕНИЕ КРУГЛЫЙ СТОЛ СПЕЦИАЛИСТОВ

Здоров'я України[®]

Рациональный подход к тромбопрофилактике у пациентов, требующих инвазивных вмешательств

На сегодняшний день такие патологические состояния, как тромбоз глубоких вен (ТГВ), тромбофлебит (варикотромбофлебит) поверхностных вен и тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), объединенные в понятие «венозный тромбоэмболизм» (ВТЭ), представляют серьезную проблему современной медицины. Венозные тромбоэмболические осложнения (ТЭО) продолжают занимать лидирующие позиции в структуре послеоперационной заболеваемости и смертности. Такая ситуация объясняется частым бессимптомным или малосимптомным течением ТГВ (до 80% случаев) и низкой настороженностью врачей в отношении данного осложнения. Нередки случаи, когда врачи хирургических специальностей просто забывают о необходимости проведения тромбопрофилактики у пациентов, перенесших оперативные вмешательства, или используют недостаточно эффективные профилактические мероприятия. О методах профилактики и лечения ВТЭ мы попросили рассказать специалистов, чьи пациенты подвержены высокому риску развития венозных тромбозов.

Заведующий кафедрой хирургии Днепропетровской медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Яков Соломонович Березницкий рассказал о необходимости и методах профилактики ВТЭ в практике общего хирурга.



— Риск развития ТГВ у пациентов общехирургических отделений достаточно высок. У пациентов, которым не проводят мероприятия по профилактике венозных тромбозов, частота развития ТГВ после перенесенного оперативного вмешательства находится в пределах 15-30%, а частота развития фатальной ТЭЛА достигает 0,9%.

Вероятность ВТЭ возрастает при выполнении длительных и обширных операций, а также длительной иммобилизации пациента. Повышают риск ВТЭ установка центрального венозного катетера и инвазивные методы исследования сосудов. Следует учитывать, что частота развития ВТЭ зависит также от факторов, не связанных с оперативным вмешательством. Например, риск ВТЭ увеличивается при наличии таких факторов, как пожилой возраст, травма/политравма, иммобилизация, опухоль, химиотерапия злокачественного заболевания, эпизод ВТЭ в анамнезе, беременность и послеродовый период, эстрогенсодержащая терапия, острое терапевтическое заболевание, воспалительные заболевания кишечника, нефротический синдром, миелопролиферативные заболевания, пароксизмальная ночная гемоглобинурия, ожирение, наследственная или приобретенная тромбофилия и др. Чем больше факторов риска выявляют у пациента, тем выше риск ВТЭ. При наличии 4-5 из перечисленных факторов вероятность развития ВТЭ превышает 80%, что обуславливает необходимость проведения активных мероприятий по профилактике ТЭО.

Методы, используемые для профилактики ВТЭ, подразделяют на механические и фармакологические. Механические методы направлены на предотвращение стаза крови в венозной системе нижних конечностей (компрессионный трикотаж, эластическое бинтование, перемежающаяся пневматическая компрессия). Фармакологические методы применяют с целью нормализации коагуляционных свойств крови и предотвращения гиперкоагуляционных состояний. Эффективность тромбопрофилактики повышается при сочетанном использовании перечисленных методов.

При среднем и высоком риске венозного ТЭО рекомендовано их сочетанное применение. После общехирургических операций риск ВТЭ продолжает оставаться повышенным на протяжении 7-10 дней, поэтому тромбопрофилактика у таких пациентов должна проводиться в течение указанного периода времени, но не менее срока вынужденной иммобилизации пациента.

В настоящее время хорошо изученным и отлично зарекомендовавшим себя в клинической практике низкомолекулярным гепарином (НМГ) является эноксапарин. Многочисленные масштабные клинические исследования с использованием данного препарата, в которых приняли участие более 1 млн разноплановых пациентов (хирургическая, кардиальная патология и другие сопутствующие заболевания), подтверждают его эффективность и безопасность в различных клинических ситуациях, включая и сопутствующие заболевания.

Ввиду реалий отечественного здравоохранения при назначении того или иного препарата врачу приходится учитывать его стоимость. Более доступной альтернативой оригинальному эноксапарину является Фленокс («Фармак», Украина). Фленокс показан к применению как с целью профилактики, так и лечения ВТЭ. Препарат имеет четкое разделение профилактических дозировок в зависимости от степени риска ВТЭ: 0,2 мл (2000 анти-Ха МЕ) — умеренный риск, 0,4 мл (4000 анти-Ха МЕ) — высокий риск.

Для многих других НМГ не предусмотрено дозирование в соответствии с риском возникновения тромбоэмболий, что обуславливает необходимость корректировки начальной дозы и увеличивает риск геморрагических осложнений. В общей хирургии первую дозу эноксапарина Фленокс рекомендуют вводить за 2 ч до оперативного вмешательства. Средняя длительность профилактического лечения составляет 7-10 дней. Отмена гепаринов в более ранние сроки часто приводит к развитию «рикошетного» тромбоза.

Таким образом, Фленокс характеризуется широким спектром показаний к применению, удобен в дозировании, обладает доказанной эффективностью и безопасностью, подтвержденной результатами исследований и длительным присутствием молекулы эноксапарина на мировом фармацевтическом рынке. Необходимо принимать во внимание, что в случае неверного выбора антикоагулянта врач рискует не только своей репутацией, но и жизнью пациента.

Директор ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины» (г. Харьков), доктор медицинских наук, профессор Николай Алексеевич Корж поделился опытом профилактики ВТЭ у пациентов ортопедического профиля.



— Пациенты, перенесшие ортопедическое вмешательство, относятся к группе высокого риска развития венозных ТЭО. Это связано с тем, что нередко у данной категории больных задействованы все компоненты патогенеза ВТЭ (триады Вирхова) — повреждение стенки сосуда во время хирургического вмешательства, застой крови в магистральных венах нижних конечностей из-за длительной иммобилизации, усиление прокоагулянтных свойств крови вследствие попадания из тканей в сосудистое русло значительного количества тканевого тромбопластина и активированного фибринстабилизирующего фактора. При отсутствии профилактических мероприятий риск ВТЭ при тотальном эндопротезировании тазобедренного и коленного сустава достигает 60%, а при политравме — 90%. Следовательно, таким пациентам жизненно необходимо проводить адекватную профилактику венозного тромбоза.

В настоящее время золотым стандартом профилактики ВТЭ при ортопедических вмешательствах является эноксапарин. Препарат обладает предсказуемым дозозависимым эффектом, что дает возможность легко подобрать необходимую дозу без повышения риска ВТЭ. При этом вариативность клинических эффектов при использовании эноксапарина у различных пациентов невелика, а влияние на активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) и протромбиновое время является незначительным.

Следует подчеркнуть, что вопросы безопасности препарата у ортопедических пациентов выступают на первое место, поскольку длительность назначения антикоагулянтов у этой категории больных должна составлять не менее одного месяца.

В последнее время все большей популярностью у ортопедов-травматологов пользуется эноксапарин отечественного производства Фленокс. В его эффективности и безопасности мы смогли убедиться на основании результатов исследования, проведенного в отделении патологии суставов Института патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко НАМН Украины (г. Харьков). В исследовании приняли участие 30 пациентов в возрасте от 21 до 79 лет с заболеваниями тазобедренного сустава, которым в последующем было выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. На дооперационном этапе всем пациентам проводили доплерографическое исследование сосудов нижних конечностей на предмет выявления венозного тромбоза.

Антикоагулянтная терапия эноксапаринем Фленокс началась за 12 ч до операции и продолжалась в течение 10 дней в дозировке 40 мг (0,4 мл; 4000 анти-Ха МЕ) 1 раз в сутки подкожно. С целью определения эффективности действия препарата исследовался уровень анти-Ха-факторной активности, показатели коагуляционного гемостаза до операции и на 7-10-е сутки после вмешательства. После выписки из стационара пациенты продолжали получать профилактическую дозу эноксапарина Фленокс 40 мг (0,4 мл; 4000 анти-Ха МЕ) подкожно 1 раз в сутки на протяжении 20 дней или переходили на прием варфарина под контролем протромбинового индекса и международного нормализованного отношения.

ТГВ оперированной нижней конечности был выявлен при ультразвуковом исследовании у одного пациента и имел бессимптомное течение. Не было отмечено ни одного случая повышенной кровоточивости во время операции и послеоперационном периоде. Не наблюдалось и случаев геморрагических

осложнений на фоне применения Фленокса. При этом уровень анти-Ха-факторной активности, отражающий эффект НМГ, был в пределах рекомендуемых значений для пациентов высокого риска — $0,51 \pm 0,043$ МЕ/л. Анализ показателя количества тромбоцитов не выявил случаев тромбоцитопении.

Таким образом, препарат Фленокс, применяемый в дозе 40 мг (0,4 мл; 4000 анти-Ха МЕ) 1 раз в сутки подкожно, обеспечивает эффективный антитромботический эффект у ортопедических пациентов высокого риска ВТЭ при низком риске геморрагических осложнений.

Препарат продемонстрировал хорошую переносимость при длительном применении и быстрое достижение ожидаемого антикоагулянтного эффекта в зависимости от рекомендуемой дозы. Кроме того, Фленокс по сравнению с большинством других НМГ находится в более доступной ценовой категории, а это имеет весомое значение, учитывая необходимость продолжительной терапии после перенесенных ортопедических вмешательств.

Президент Ассоциации анестезиологов Днепропетровской области, заведующий кафедрой анестезиологии и интенсивной терапии Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Юрий Юрьевич Кобеляцкий рассказал об особенностях назначения НМГ в анестезиологической практике.



— Согласно протоколу тромбопрофилактики, утвержденному приказом МЗ Украины № 329 от 15.06.2007 г. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги з профілактики тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології», возможно как до, так и послеоперационное начало введения НМГ. Для большинства НМГ рекомендован предоперационный старт тромбопрофилактики, который предполагает первое введение препарата за 12 ч до операции с последующим продолжением через 6 ч после ее завершения.

Одним из наиболее эффективных способов предотвращения послеоперационных ТЭО является сочетание спинальной или эпидуральной анестезии с профилактическим назначением НМГ. Для предупреждения возникновения кровотечений при проведении регионарной анестезии на фоне применения НМГ рекомендуется выполнять регионарную анестезию спустя не менее 12 ч после введения профилактической дозы НМГ. Удаляют эпидуральный катетер через 10-12 ч после последней дозы НМГ и за 2 ч до следующей дозы НМГ.

Следует подчеркнуть, что важное место в профилактике ВТЭ занимает не только применение антикоагулянтов, но и адекватное послеоперационное обезболивание, поскольку некупированная боль способствует гиперкоагуляции.

Об эффективности тромбопрофилактики на фоне применения гепаринов можно косвенно судить на основании показателей свертывающей системы. Одним из информативных тестов, отражающих активность факторов свертывания, является АЧТВ (норма 30-42 с). Укорочение показателя АЧТВ свидетельствует о гиперкоагуляции и повышенном риске ТЭО.

Применение профилактических мероприятий не исключает возможности развития ТГВ, поэтому врач должен целенаправленно выявлять такие ранние его симптомы, как локализованная и/или распирающая боль в области голени и стопы, появление боли в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы, наличие видимого отека голени и стопы, локальное повышение температуры кожи.

Верифицировать диагноз при подозрении на ТГВ помогает дуплексное ангиосканирование нижних конечностей. Наиболее информативным методом верификации ТГВ является рентгенконтрастная флебография.

У лиц с развившимся ТГВ проводят вторичную профилактику ТЭЛА. С этой целью может быть использована антикоагулянтная терапия в сочетании с эластической компрессией нижних конечностей. Желательно проводить лечение ТГВ тем же НМГ, что и для профилактики ТЭО, но уже в терапевтической дозировке. При смене препарата врач рискует получить непредсказуемый антикоагулянтный эффект. Поэтому, начиная тромбопрофилактику, желательно выбрать тот НМГ, который показан как для профилактики, так и для терапии ВТЭ. С этой целью может быть использован эноксапарин, который имеет соответствующие показания к применению. Молекула эноксапарина доказала свою эффективность в реальной клинической практике, а не только в условиях хорошо спланированных исследований и в настоящее время пользуется заслуженным доверием врачей. Назначая эноксапарин, врач может быть уверен в эффективности и безопасности терапии. На сегодняшний день в медицинской практике с успехом применяют отечественный эноксапарин Фленокс.

Подготовил Вячеслав Килимчук



Віддайте перевагу Фленоксу!



Фленокс —

оптимальний НМГ за рахунок ідеального
поєднання ефективності, безпеки
і максимальної доступності!

ІНФОРМАЦІЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ

Реєстраційне посвідчення
№ UA /9353/01/01 від 02.02.09 № 51
ПАТ «Фармак» Україна, 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 63.
www.farmak.ua



САМОЛІКУВАННЯ МОЖЕ БУТИ ШКІДЛИВИМ ДЛЯ ВАШОГО ЗДОРОВ'Я