

человек. В группе пациентов с анамнезом перенесенного ТГВ <3 лет ПТБ была отмечена у 47%, от 3 до 6 лет – у 64%, >6 лет – у 89%. При регулярном использовании эластической компресии ПТБ наблюдалась у 60% пациентов и без ее применения – у 33%.

Выводы. Частота развития ПТБ среди пациентов, перенесших ТГВ, не имеет тенденции к снижению. Пациенты с проксимальной локализацией ТГВ в большей степени подвержены риску развития ПТБ. Устранение факторов риска (избыточный вес, варикозная болезнь), профилактика ТГВ и его рецидива – наиболее приемлемая превентивная стратегия ПТБ.

*Чернуха Л.М., Скупой О.М.,
Митюк О.И., Хребтий Я.В.*

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН СИСТЕМЫ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ

*Министерство здравоохранения Украины,
Национальный институт хирургии и
трансплантологии им. А.А. Шалимова,
Винницкая областная клиническая
больница им. Н.И. Пирогова,
Винницкий национальный медицинский
университет им. Н.И. Пирогова,
г. Киев, г. Винница, Украина*

Актуальность. Несмотря на стремительное развитие в XXI веке новейших медицинских технологий и методов лечения, тромбоемболия легочной артерии продолжает оставаться одной из основных причин смертности населения. О важности проблемы свидетельствует тот факт, что частота ближайших фатальных последствий при ТЭЛА составляет от 7 до 11%. Согласно другим исследованиям, летальность при ТГВ, который осложняется ТЭЛА, составляет от 5 до 20%. В Англии 0,9% госпитализированных пациентов умирают от ТЭЛА, в США ТЭЛА является причиной смерти 200 000 пациентов ежегодно, во Франции – 20 000. По данным мультицентрового проекта (PIOPED) уровень смертности от ТЭЛА составляет около 25%. Внутрибольничная летальность при ТЭЛА составляет 12% (до 1% всех пациентов, госпитализированных в Западной Европе). Таким образом, в свете изложенных данных, проблема ТГВ, осложненных ТЭЛА, выглядит чрезвычайно актуальной, а вопросы лечения и профилактики данной грозной патологии должны привлекать внимание исследователей и клиницистов.

Цель. Целью нашего исследования была разработка на основе собственного опыта дифференцированной хирургической тактики при лечении пациентов с ТГВ, осложненными ТЭЛА, в соответствии с данными доказательной медицины.

Материал и методы. Были проанализированы результаты лечения 58 пациентов с ТГВ, которые осложнились ТЭЛА. Пациентов с высоким риском ранней смерти по классификации Европейского общества кардиологов наблюдалось 9 (15,5%), с промежуточным риском – 14 (24%), с низким риском – 35 (60,5%). ТГВ проксимальной локализации наблюдался в 46 (79%) случаях. В 55 случаях (94%) причиной тромбоемболии легочной артерии был ТГВ, в 3 случаях (6%) причину ТЭЛА обнаружить не удалось. Лечебная тактика зависела от массивности поражения легочной артерии и уровня риска ранней смерти, связанного с ТЭЛА. Системный тромболитический ТГВ, осложненного ТЭЛА, проводился в группе пациентов с высоким и средним риском ранней смерти в 16 (69,5%) случаях. Катетер-управляемый тромболитический проводился при илиофemorальных ТГВ, осложненных ТЭЛА, в группе пациентов с низким риском ранней смерти и в сроки развития тромбоза до 7 суток в 10 (28,5%) случаях.

Результаты и обсуждение. Выбор адекватной тактики лечения пациентов с ТГВ, осложненным ТЭЛА, позволил получить хорошие и удовлетворительные результаты у 65,5% пациентов, а проведение тромболитической терапии при ТЭЛА позволило получить удовлетворительные результаты и значительное клиническое улучшение в 82% случаев. Ни одного летального случая отмечено не было. В течение периода исследования рецидивирующих ТЭЛА констатировано не было.

Выводы. 1. Системный тромболитический ТГВ, осложненного развитием ТЭЛА, показан в группе пациентов с высоким и средним риском ранней смерти. 2. Катетер-управляемый тромболитический показан при илиофemorальных ТГВ, осложненных ТЭЛА, в группе пациентов с низким риском ранней смерти и в сроки развития тромбоза до 7 суток. 3. Антикоагулянтная терапия показана при дистальных окклюзирующих ТГВ и низком риске ранней смерти.

Шаталова О.В., Смушева О.Н., Шаталов А.А.

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОККЛЮЗИОННОГО ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

*Волгоградский государственный
медицинский университет,
Областная клиническая больница
на станции Волгоград-1 ОАО «РЖД»,
г. Волгоград, Российская Федерация*

Актуальность. Основой лечения пациентов с тромбозом глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК) является антикоагулянтная терапия. На сегодняшний день одобрены к применению управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов Food and Drug Administration (FDA) по показанию ТГВНК и зарегистрированы на территории РФ

новые пероральные антикоагулянты: ривароксабан (Ксарелто) и дабигатран (Прадакса). Это, в свою очередь, расширило возможности консервативной фармакотерапии тромбоемболических осложнений. Новые медицинские технологии, появляющиеся в арсенале врача, нуждаются не только в исследованиях клинической эффективности и безопасности, но и в оценке клинико-экономических последствий использования на практике.

Цель. Определить пути оптимизации тактики ведения пациентов с ТГВНК на основании комплексного клинико-экономического анализа применения новых пероральных антикоагулянтов по сравнению со стандартной терапией парентеральными антикоагулянтами/АВК при ТГВНК в условиях стационара.

Материал и методы. Выполнен поиск клинических исследований в базе данных Medline по ключевым словам: рандомизированные крупные клинические исследования (РКИ), ривароксабан, дабигатран, ВТЭО, Rivaroxaban, Dabigatran, Deep Vein Thrombosis. Проанализированы полученные данные РКИ ривароксабана (EINSTEIN DVT) и дабигатрана (RECOVER) при ВТЭО. Поскольку в РКИ EINSTEIN DVT и RECOVER показана сопоставимая эффективность и безопасность ривароксабана и дабигатрана соответственно в сравнении со стандартной терапией, для фармакоэкономического анализа был выбран метод минимизации затрат. Анализ включал прямые медицинские затраты на антикоагулянты: ривароксабан (Ксарелто), дабигатран этексилат (Прадакса), эноксапарин (Клексан), и варфарин (Варфарин Никомед) в соответствии с рекомендуемой дозировкой. Полученные результаты обработаны с использованием пакета MS Excel 2010 (Microsoft, США).

Результаты и обсуждение. Клиническая эффективность и безопасность ривароксабана для лечения острого ТГВ была изучена в крупном международном многоцентровом рандомизированном контролируемом исследовании (РКИ) EINSTEIN DVT, эффективность и безопасность дабигатрана - в исследовании RECOVER. Основная цель РКИ – изучение эффективности, безопасности и удобства применения новых оральных антикоагулянтов по сравнению с принятым стандартом терапии. Клинико-экономический анализ предполагает взаимосвязанную оценку клинических результатов лечения и стоимости медицинских вмешательств. В данном анализе учитывались лишь прямые затраты на приобретение лекарственных препаратов. Стоимость одного дня стандартной терапии (эноксапарин/варфарин) составляет 741,74 руб, при этом основная доля приходится на парентеральные антикоагулянты. Прямые затраты на приобретение ривароксабана не превышают 187,16 руб в сутки. В условиях реальной клинической практики прямые медицинские затраты (на лекарственные препараты) при назначении ривароксабана в условиях стационара для лечения ТГВ составляют 2994,58 руб (16-дневное лечение), в то время как затраты при назначении стандартной терапии - 5954,24 руб, что в два раза превы-

шает расходы системы здравоохранения по сравнению с терапией ривароксабаном. Несмотря на то, что стоимость одного дня лечения дабигатраном обходится на 60% меньше (110,5 руб.), чем ривароксабаном, 16-дневный курс лечения ТГВ дабигатраном составил 7426,3 руб. При этом рассчитывалось назначение с первого дня госпитализации эноксапарина на 9 дней (медиана длительности назначения эноксапарина в исследовании RECOVER), а далее назначение дабигатрана в течение 7 дней. Прямые медицинские затраты при назначении ривароксабана в условиях стационара требуют меньших расходов, чем стандартная терапия (эноксапарин с варфарином) и терапия дабигатраном. Рассчитанная экономия на одного пациента составляет от 2959,66 руб. до 4431,72 руб.

Выводы. Несмотря на то, что данное исследование является ограниченным (учитывались только прямые медицинские затраты на приобретение лекарственных препаратов), фармакоэкономический анализ применения антикоагулянтной терапии ТГВ в условиях стационара показал, что применение ривароксабана является наиболее целесообразным.

*Шевченко Ю.Л., Стойко Ю.М.,
Замятин М.Н., Карташева Е.Д., Пронин А.Г.*

КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЭЛА

*Национальный медико-хирургический
центр имени Н.И. Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Тромбоемболия легочной артерии (ТЭЛА) – частое и потенциально фатальное осложнение тромбоза глубоких вен (ТГВ), летальность при котором превышает 30%. Своевременно начатое лечение позволяет значительно снизить этот процент. Консервативные методы лечения ТЭЛА включают назначение антикоагулянтных препаратов и выполнение тромболитической терапии (ТЛТ) у отдельных групп пациентов в остром периоде заболевания. В европейских рекомендациях 2014 года, посвященных тактике ведения пациентов с ТЭЛА, расширены показания к ТЛТ у пациентов из группы умеренного риска смерти, а также представлены новые оральные антикоагулянты, которые можно рассматривать как альтернативу варфарину.

Цель. Оценка эффективности и безопасности тромболитической терапии у пациентов из группы умеренного риска ТЭЛА-ассоциированной смерти; оценка эффективности и безопасности различных режимов антикоагулянтной терапии при ТЭЛА, включая новые оральные антикоагулянты.

Материал и методы. В исследование включено 130 пациентов с верифицированной ТЭЛА, находившихся на лечении в НМХЦ им. Н.И. Пирогова. Четырнадцать пациентов (11%) отнесены к группе высокого риска ТЭЛА-ассоциированной смерти, 57 пациентов (44%) – к группе умерен-