

УДК 616.12-005.6-005.7-084:615.273.53(574)

А.К. БАЙГЕНЖИН

Национальный научный медицинский центр, г. Астана

НОВАЯ ВОЛНА ИССЛЕДОВАНИЯ AVAIL-ME В КАЗАХСТАНЕ: ОЦЕНКА РИСКА И МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ВТЭО В БОЛЬНИЦАХ КАЗАХСТАНА

Венозные тромбозмемболические осложнения (ВТЭО) по-прежнему являются одной из важных клинических проблем, которые приходится решать как терапевтам, так и хирургам. В статье представлены результаты влияния образовательной программы на лечение пациентов с высоким риском развития венозной тромбозмемболии путём сравнения данных, полученных до проведения образовательной программы и через 8-10 месяцев после её проведения.

Несмотря на возможность экстраполяции полученных результатов на госпитальные учреждения Казахстана, необходимо проведение крупномасштабных исследований для дальнейшего анализа факторов, влияющих на решение врача о принятии мер, направленных на профилактику ВТЭО.

Ключевые слова: венозные тромбозмемболические осложнения (ВТЭО), профилактика, рекомендации, антикоагулянты.

В последние годы отмечается неуклонный рост частоты тромботического поражения вен, что связано с общим старением населения, увеличением распространенности онкологических заболеваний, все более частым возникновением наследственных и приобретенных нарушений системы гемостаза, неконтролируемым приемом гормональных средств и ростом травматизма [1]. Венозные тромбозмемболические осложнения (ВТЭО) по-прежнему являются одной из важных клинических проблем, которые приходится решать как терапевтам, так и хирургам.

Ежегодная частота развития ВТЭО в общей популяции колеблется от 107 до 160 случаев на 100 000 населения [2]. Ежегодно в странах Европейского Союза из-за венозных тромбозов погибает около 500 тысяч человек, что вдвое больше, чем количество жертв СПИДа, дорожно-транспортных происшествий и онкологических заболеваний, вместе взятых [3, 4]. В Европе и Северной Америке регистрируются 140-160 случаев симптомного тромбоза глубоких вен (ТГВ) и 50-70 случаев тромбозмемболии легочной артерии (ТЭЛА) в год на 100 000 жителей [3, 5, 6].

В развитых странах ВТЭО представляют собой самую частую причину госпитальной смертности, которую возможно предотвратить. Своевременная диагностика венозного тромбоза и его катастрофического осложнения – ТЭЛА остается непростым делом, а проблема их возникновения, профилактики и лечения все еще не решена и по-прежнему привлекает внимание исследователей [2]. Распространенный ТГВ нижних конечностей и таза в долгосрочной перспективе ведет к формированию посттромбофлебитической болезни, проявляющейся хронической венозной недостаточностью вплоть до развития трофических язв, что существенно снижает трудоспособность и качество жизни пациентов [7].

При установлении диагноза: ВТЭО диагностические ошибки являются распространённым явлением [2]. Многие клиницисты недооценивают опасность развития ТЭЛА, поскольку для послеоперационного ТГВ характерно скрытое течение. Во многих случаях ТЭЛА развивается уже после выписки из стационара. Все это поддерживает иллюзию относительно невысокой частоты тромбозмемболических осложнений. Вместе с тем они являются одной из основных причин послеоперационной летальности (5% после общехирургических и 24% после ортопедических вмешательств), часто приводят к инвалидизации пациентов, существенно повышают стоимость лечения, требуют дополнительных расходов на реабилитацию и уход [8]. В связи с вышесказанным, профилактику ТГВ и его

осложнений следует признавать как одну из важнейших задач современного врача.

На всех этапах лечебной помощи пациентам с венозными тромбозами, которые включают в себя этапы своевременного и объективно подтвержденного выявленного заболевания, а также адекватного лечения и реабилитации, врач обязан следовать руководствам и придерживаться рекомендаций. В разных странах существуют различные подходы к профилактике развития ВТЭО, и создается впечатление, что используются они не лучшим образом. Так, например, исследование IMPROVE показало, что у пациентов с повышенным риском развития ВТЭО профилактика не проводилась более чем в 50% случаев [9].

Пилотная фаза исследования была проведена в странах Ближнего Востока и Центральной Азии с участием 2200 госпитальных пациентов. Было показано, что риск развития ВТЭО существует у 90,8% пациентов. Из этой группы пациентов 92% пациентов имели безусловные показания для профилактики. При этом профилактика ВТЭО проводилась лишь у 55,6% пациентов, причём только в 40% случаев профилактические меры соответствовали Рекомендациям Американского колледжа Торакальных врачей, основанным на принципах доказательной медицины. Данные этого наблюдения подтверждают, что рекомендации по профилактике ВТЭО применяются в недостаточной степени.

Цель настоящего исследования Avail-Me – оценка влияния образовательной программы на лечение пациентов с высоким риском развития венозной тромбозмемболии путём сравнения данных, полученных до проведения образовательной программы и через 8-10 месяцев после её проведения.

Материал и методы

Настоящее обсервационное исследование было проведено в пяти больницах Республики Казахстан с участием 432 пациентов в 2010-2011 гг. (пилотная фаза исследования): 169 (39,1%) пациентов – терапевтического профиля, 263 (60,9%) – хирургического и 487 пациентов в 2012 году (фаза реализации исследования): 236 (48,5%) пациентов – терапевтического профиля, 251 (51,5%) – хирургического (табл. 1).

Протоколом не предусматривалось внесение каких-либо изменений в стандартное лечение пациентов.

Как свидетельствуют данные, в группе хирургических пациентов преимущественно встречались лица моложе 40 лет, среди терапевтических больных – в возрасте от 41 до 59 лет ИМТ в основном соответствовал 18-25 кг/м².

Таблица 1 – Характеристика пациентов, включенных в исследование

Годы	2010-2011 гг.		2012 г.	
	терапевт. (n=169)	хирургич. (n=263)	терапевт. (n=236)	хирургич. (n=251)
Женщины, n (%)	73 (43,2)	144 (54,8)	121 (51,3)	152 (60,6)
Возраст:				
≤40 лет, n (%)	5 (3)	134 (51%)	12 (5,1)	140 (55,8)
41-59 лет, n (%)	87 (51,5)	93 (35,4%)	131 (55,5)	73 (29,1)
60-74 лет, n (%)	58 (34,3)	28 (10,6%)	62 (26,3)	35 (13,9)
≥75 лет, n (%)	19 (11,2)	8 (3,0%)	31 (13,1)	3 (1,2)
ИМТ:				
<18 кг/м ² , n (%)	1 (0,6)	2 (0,8)	2 (0,8)	8 (3,2)
18-25 кг/м ² , n (%)	25 (14,8)	70 (26,6)	48 (20,3)	90 (35,9)
25-30 кг/м ² , n (%)	27 (16,0)	43 (16,3)	39 (16,5)	44 (17,5)
30-40 кг/м ² , n (%)	20 (11,8)	19 (7,2)	27 (11,4)	24 (9,6)
≥40 кг/м ² , n (%)	4 (2,4)	2 (0,8)	3 (1,3)	3 (1,2)

Примечание: ИМТ – индекс массы тела

Таблица 2 – Распределение категорий риска у терапевтических и хирургических больных

Категория риска	Незначит. риск, n=46	Умеренный риск, n=85	Высокий риск, n=151	Очень высокий риск, n=205
Терапевтические пациенты, n (%)	4 (1,7)	12 (5,1)	66 (28,0)	154 (65,3)
Хирургические пациенты, n (%)	42 (16,7)	73 (29,1)	85 (33,9)	51 (20,3)

Критериями включения являлись:

- терапевтические пациенты в возрасте 40 лет и старше, поступившие в больницу для лечения острых заболеваний внутренних органов;
- хирургические больные в возрасте 18 лет и старше, перенесшие любое оперативное вмешательство, требовавшее применения общей или эпидуральной анестезии, продолжительностью не менее 45 минут.

Критерии исключения:

- отсутствие карты стационарного больного;
- пациенты, госпитализированные с тромбозом глубоких вен или эмболией лёгочной артерии;
- пациенты в возрасте до 18 лет и пациенты, перенесшие исключительно тяжёлую операцию;
- пациенты, отказавшиеся от участия в данном исследовании.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. Были проведены описательные анализы базы данных. Обзор качественных данных представлен в частотных таблицах, а количественных данных – в количественной описательной статистике (частота, среднее, стандартное отклонение). Для сравнения процентных показателей двух или более групп использовали проверку на соответствие

по критерию хи-квадрат. Для оценки возможного несоответствия, между рекомендованными стандартами ведения пациентов и практическим ведением больных, был рассчитан коэффициент приверженности альфа. Значение $p \leq 0,05$ считалось значимым.

Результаты

Из всех наблюдаемых в 2012 году пациентов (фаза реализации исследования) в группу риска развития ВТЭО было отнесено 98,3% терапевтических больных и 83,3% – хирургических. Пациенты были классифицированы по категориям риска Caprini: у 46 (9,4%) пациентов был выявлен незначительный риск развития ВТЭО, у 85 (17,5%) – умеренный, у 151 (31%) – высокий и у 205 (42,1%) – очень высокий риск (табл. 2). В группе с очень высоким риском развития значительно преобладали пациенты с терапевтической патологией, чем с хирургической, что совпадало с данными пилотной фазы исследования (2010-2011 гг.).

При анализе ведения пациентов с ВТЭО по категориям риска в динамике к 2012 году выявлено достоверное увеличение доли медикаментозной профилактики среди пациентов с вы-

соким и очень высоким риском развития ВТЭ ($p < 0,001$). Наряду с этим отмечено снижение использования механической профилактики ВТЭО в группах пациентов с повышенным риском ее развития (табл. 3).

Также, в динамике, к 2012 году отмечено достоверное ($p < 0,001$) увеличение у пациентов с повышенным риском развития ВТЭО частоты применения руководств/рекомендаций. Одновременно с этим отмечается уменьшение приверженности к стандартам лечения в группе пациентов с низким риском развития ВТЭО. В целом отмечено увеличение частоты использования руководств по мере возрастания категории тяжести пациентов. Это показано как в отношении дозировок при проведении медикаментозной профилактики, так и в отношении длительности такой профилактики, по сравнению с данными, полученными в исследовании пилотной фазы (табл. 4).

У большинства пациентов проводилась медикаментозная профилактика с использованием низкомолекулярных гепаринов, небольшая часть пациентов получала нефракционированный гепарин. Длительная профилактика ВТЭО имела место у 27 (5,5%) пациентов; при этом 20 из них получали антикоагулянты, а у 7 пациентов проводилась механическая профилактика. Уровень применения профилактических мер в целом и у больных очень высокого

Таблица 3 – Ведение пациентов с ВТЭО по категориям риска

Категория риска	Незначит. риск, n=46	Умерен. риск, n=85	Высокий риск, n=151	Очень высокий риск, n=205	Всего, n=487	P
Меры						
Нужно проводить профилактические меры, %	0	89,4	81,5	82,4	75,6	<0,001
Любая профилактика, %	71,7	81,2	70,2	89,3	80,3	<0,001
Любая медикаментозная профилактика, %	69,6	76,5	64,2	84,9	75,6	<0,001
Любая механическая профилактика, %	28,3	27,1	19,2	15,1	19,7	<0,001

Таблица 4 – Сравнение уровня применения руководств на различных этапах исследования

Фаза исследования \ Категория риска	Незначит. (%)	Умерен. (%)	Высокий (%)	Очень высокий (%)
<i>Применение Руководств в отношении дозировок используемых препаратов и противопоказаний к их применению</i>				
Пилотная (2010-2011 гг.)	55,8 p<0,001	20,5	40,0	36,6 p<0,001
Активная (2012 г.)	26,1	29,4	47,7	61,0
<i>Применение Руководств в отношении длительности использования превентивных мер</i>				
Пилотная (2010-2011 гг.)	55,8 p<0,001	19,3	29,7	18,0
Активная (2012 г.)	26,1	28,2	24,4	23,9

Таблица 5 – Различия в ведении терапевтических и хирургических пациентов с ВТЭО

Категория риска	Незначит. риск, n=46	Умерен. риск, n=85	Высокий риск, n=151	Очень высокий риск, n=205	Всего, n=487
Терапевтические пациенты					
	n=4	n=12	n=66	n=154	n=236
Любая лекарственная профилактика ВТЭО, %	75	58,3	59,1	90,3	79,7
Хирургические пациенты					
	n=42	n=73	n=85	n=51	n=251
Любая лекарственная профилактика ВТЭО, %	69	79,5	68,2	68,6	71,7

риска ВТЭО был недостоверно выше среди терапевтических пациентов, по сравнению с хирургическими пациентами (табл. 5).

В отделениях протокол рекомендаций по профилакти-

пользования профилактических мер ВТЭО) и практики: выявлен низкий коэффициент соответствия (k=0,222; значение p<0,001). Профилактика ВТЭО в 2012 году проводилась у 81% пациентов, имеющих показания к ней (независимо от выбора, дозы или продолжительности лечения) и у 41,2% пациентов, имеющих к ней противопоказания. На предыдущем этапе исследования (2010-2011 гг.) коэффициент соответствия был также низким (k=0,243; p<0,001).

Обсуждение

Существуют клинические факторы, позволяющие классифицировать больных с выделением групп высокого, умеренного и низкого риска развития ВТЭО [10]. Степень риска тесно коррелирует с частотой развития венозного тромбоза и легочной эмболии.

В активной фазе исследования Avail me (2012 год) в группу риска возникновения ВТЭО было отнесено большое количество пациентов: 98,3% – терапевтических и 83,3% – хирургических. Известно, что различные хирургические вмешательства в той или иной степени сопряжены с опасностью развития ВТЭО [11]. Степень риска увеличивается с возрастом, при ожирении, злокачественных новообразованиях, при наличии ТГВ и ТЭЛА в анамнезе, при варикозном расширении вен, при повторных оперативных вмешательствах и тромбофилических состояниях. Также имеют значение характер лечебных мероприятий (продолжительность операции, тип анестезии), длительность постельного режима до и после операции, уровень гидратации и наличие гнойно-септических осложнений [12, 13].

В данном исследовании в активной фазе (2012

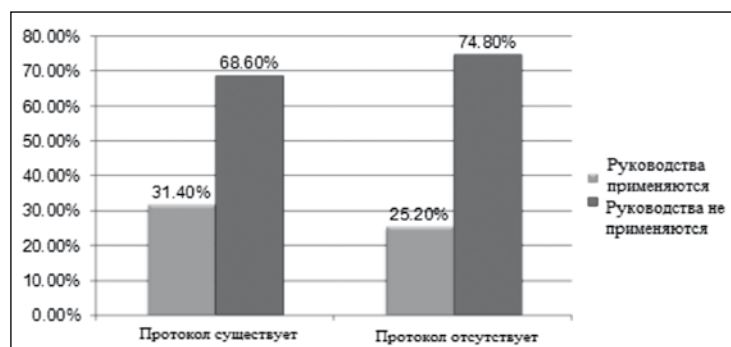


Рисунок 1 – Соотношение наличия руководств по ведению больных с ВТЭО и применения этих руководств на практике

Таблица 6 – Доля пациентов, получающих некорректную профилактику ВТЭО

Число пациентов, имеющих противопоказания к применению антикоагулянтов, n	75
Число пациентов, получающих антикоагулянты, несмотря на имеющиеся противопоказания, n (%)	39 (52)
Число пациентов, имеющих противопоказания к применению механической профилактики, n	152
Число пациентов, получающих механическую профилактику, несмотря на имеющиеся противопоказания, n (%)	18 (11,9)

год) по сравнению с пилотной фазой исследования (2010-2011 гг.) выявлено достоверно более частое использование рекомендаций по медикаментозной профилактике ВТЭО у пациентов с высоким риском ее развития. Одновременно наблюдалось снижение частоты применения механической профилактики в тех же группах больных.

Несмотря на активное внедрение современных мероприятий и протоколов по профилактике ВТЭО, частота развития ВТЭО у госпитализированных пациентов в последние десятилетия неуклонно увеличивается [14]. Это может быть связано с ростом числа больных из группы высокого риска развития ВТЭО, у которых традиционные превентивные подходы оказываются недостаточно эффективными [15]. Удельный вес таких пациентов в хирургическом стационаре на сегодняшний день достигает 41% [16].

Существуют механические, фармакологические и смешанные стратегии профилактики ТГВ, которые могут значительно снизить частоту развития легочной эмболии при низкой частоте осложнений. Так, антикоагулянтная терапия показана всем больным с клиническими и лабораторными признаками активного тромбообразования. Это наиболее действенное средство прекращения прогрессирования тромбоза с доказанным лечебным эффектом. Наибольший успех в вопросах профилактики показали результаты трех крупных рандомизированных, двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований: MEDENOX (Prophylaxis in Medical Patients with Enoxaparin) [10], PREVENT (Prospective Evaluation of Dalteparin Efficacy for Prevention of VTE in Immobilized Patients Trial) [17] и ARTEMIS (Arixtra for ThromboEmbolism Prevention in a Medical Indications Study) [18]. В этих исследованиях доказаны эффективность и безопасность антикоагулянтов и показано, что их использование приводит к снижению случаев ТГВ почти вдвое по сравнению с плацебо, при этом частота развития таких осложнений, как кровотечения, не увеличивается. По кумулятивным данным, полученным в девяти рандомизированных исследованиях, включавших 19958 нехирургических больных, парентеральное введение антикоагулянтов обеспечивает снижение относительного риска ТЭЛА с симптомами на 57%, смертельной ТЭЛА – на 62%, ТГВ с клиническими проявлениями – на 53% [19].

У большинства пациентов в ходе настоящего исследования проводилась медикаментозная профилактика с использованием низкомолекулярных гепаринов. В целом отмечено, что уровень применения профилактических мер был недостоверно выше у терапевтических пациентов по сравнению с хирургическими пациентами. В активной фазе исследования (2012 год) выявлена недостаточная частота использования рекомендаций по профилактике ВТЭ даже в отделениях, имеющих свободный доступ к рекомендациям.

Полагают, что медикаментозная профилактика позволяет снизить риск симптомного ТГВ и ТЭЛА у нехирургических больных примерно на 60% [19, 20, 21]. Анализ данных (исследование ENDORSE) 68 тысяч больных (55% нехирургических) старше 40 лет, находившихся в 358 больницах 32 стран, свидетельствует, что риск ВТЭО в различных странах существенно не отличается, однако частота назначения рекомендуемой медикаментозной профилактики значительно варьировала.

Лишь половина больных с высоким риском ВТЭО получала рекомендуемую профилактику, причем у нехирургических больных превентивные меры использовались реже, чем у хирургических. Так, например, только 37% больных со злокачественными новообразованиями и инсультами получали адекватную профилактику.

Следует признать, что, несмотря на наличие большого

количества образовательных программ по обеспечению охраны здоровья населения, мероприятия по профилактике ВТЭО зачастую не проводятся [23].

Часто пациентам назначаются неэффективные схемы профилактики. Некоторые клиницисты продолжают воспринимать медикаментозную профилактику как достаточно рискованную меру, поскольку в таких случаях есть вероятность развития осложнений – кровотечения.

Другие врачи считают, что рекомендации по профилактике порой нелегко применять в повседневной практике, при этом невыраженный асимптомный ТГВ, по их мнению, не требует проведения профилактических мероприятий, так как мелкие тромбы не могут обусловить развитие клинически значимой легочной эмболии.

В активной фазе исследования (2012 год) частота развития кровотечений на фоне применения медикаментозной профилактики была сопоставима с результатами пилотной фазы исследования (2010-2011 гг.). Обращает на себя внимание высокий уровень проведения профилактики ВТЭО среди пациентов с незначительным риском ее возникновения и имеющих противопоказания к профилактике.

Полученные в сравнительном аспекте результаты двух фаз исследования в какой-то степени явились парадоксальными, поскольку выявлен низкий коэффициент соответствия теоретического и практического применения стандартов профилактики ВТЭО как в 2010-2011 гг., так и в 2012 году. Таким образом, можно полагать, что действующая образовательная программа была недостаточно специфичной. Становится понятным, что необходимо делать акцент на конкретных категориях пациентов и учете наличия противопоказаний для назначения корректных профилактических мер. Несмотря на возможность экстраполяции результатов данного исследования на госпитальную практику Казахстана в целом, с другой стороны, необходимо проведение крупномасштабных исследований для дальнейшего анализа факторов, влияющих на решение врача об использовании мер профилактики ВТЭО. Отсутствие превентивных мер или их неэффективность неизбежно влекут за собой увеличение сроков госпитализации, ухудшение исходов заболеваний, рост стоимости лечения, повышают опасность хронической венозной недостаточности и повторных тромбозов. Успешная профилактика, напротив, дает возможность улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения и снизить его общую стоимость.

Выводы

1. Отмечено лишь незначительное увеличение использования стандартов и руководств по профилактике развития ВТЭО у пациентов с риском развития ВТЭО.
2. В 2012 году меры по профилактике ВТЭО использовались чаще, чем в 2010-2011 гг., у пациентов без риска ВТЭО или имеющих противопоказания к применению профилактических мер развития ВТЭО.
3. По сравнению с 2010-2011 гг. к 2012 г. не уменьшился разрыв между теоретическими представлениями о мерах по профилактике ВТЭО и применением этих мер на практике. Не отмечено существенной взаимосвязи между наличием протоколов по профилактике ВТЭО и использованием закреплённых в них стандартов.
4. Полученные результаты означают, что действующая образовательная программа была недостаточно специфичной.
5. Несмотря на возможность экстраполяции полученных результатов на госпитальные учреждения Казахстана, необходимо проведение крупномасштабных исследований для дальнейшего анализа факторов, влияющих на решение врача о принятии мер, направленных на профилактику ВТЭО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Nordstrom M., Lindblad B., Bergqvist D., et al. A prospective study of incidence of deep vein thrombosis within a defined urban population // J Intern Med 1992; 232: 155-60

2 Bitterman H. Диагностика венозной тромбоземболии: что нового? – // Внутренняя медицина. – 2009. – №5-6 (17-18). – С. 48-50

3 Cohen A.T., Agnelli G., Anderson F.A., Jr. et al. Venous thromboembolism in Europe: the number of VTE events and associated morbidity and mortality // Thromb. Haemost. – 2007. – Vol. 98. – P. 756-64

4 Nainggolan L. World Needs to ENDORSE Better VTE Prevention // Medscape medical news. – 2008

5 Nutescu E.A., Wittkowsky A.K., Dobesh P.P. et al. Choosing the appropriate antithrombotic agent for the prevention and treatment of VTE: a case-based approach // Ann. Pharmacother. – 2006. – Vol. 40(9) – P. 1558-1570

6 Snow V., Qaseem A., Barry P. Management of venous thromboembolism: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians // Ann. Intern. Med. – 2007. – Vol. 146(3). – P. 204-210

7 Швальб П.Г. Реальная эмбологичность тромбозов вен нижних конечностей / П.Г. Швальб, Р.Е. Калинин, А.А. Егоров, А.Е. Качинский // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2004. – № 2. – С. 81-83

8 Mortality from acute pulmonary embolism according to season / P.D. Stein, F. Kayali, A. Beemath et al. // Chest. – 2005. – Nov; 128(5). – P. 3156-8

9 Kahn S.R., Lim W., Dunn A.S., et al. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012; 141 (Suppl.): e195S-e226S

10 Kearon C. et al. Antithrombotic therapy for VTE disease: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines // Chest. 2012 Feb; 141(2 Suppl)

11 Samama M.M., Cohen A.T., Darmon J.Y., et al. A comparison of enoxaparin with placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients. Prophylaxis in Medical Patients with Enoxaparin Study Group // N. Engl. J. Med. – 1999. – 341. – 793-800

12 Бокарев И.Н. Венозный тромбоземболизм: лечение и профилактика / И.Н. Бокарев, Л.В. Попова, Т.Б. Кондратьева // Consilium medicum. – 2005. – Т. 7, №1

13 Ройтман Е.В. Профилактика венозных тромбозов у терапевтических пациентов / Е.В. Ройтман // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2003. – № 2. С. 19-29

14 Котельников М.В. Ведение больных с венозными тромбоземболиями / М.В. Котельников. – М.: Боргес, 2006. – 102 с.

15 Stein PD, Matta F, Dalen JE. Is the campaign to prevent VTE in hospitalized patients working? // Chest. 2011 Jun; 139(6): 1317-21

16 Стойко Ю.М., Замятин М.Н. Современные возможности профилактики тромбоземболических осложнений у пациентов с высоким и очень высоким риском // Consilium Medicum. Хирургия. – 2007. – №2

17 Anderson FA, Zayazuzny M, Heit JA, et al. Estimated annual numbers of US acute-care hospital patients at risk for venous thromboembolism // Am J Hematol. 2007 Sep; 82(9): 777-82

18 Leizorovicz A., Cohen A.T., Turpie A.G., Olsson C.G., Vaitkus P.T., Goldhaber S.Z. Randomized, placebo-controlled trial of dalteparin for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients // Circulation. – 2004. – 110. – 874-879

19 Cohen A.T., Gallus A.S., Lassen M.R., et al. Fonda-

parinix vs. placebo for the prevention of venous thromboembolism in acutely ill medical patients (ARTEMIS) // J. Thromb. Haemost. – 2003. – 1 (suppl. 1). – P. 2046. Abstract

20 Dentali F., Douketis J.D., Gianni M., et al. Meta-analysis: Anticoagulant Prophylaxis to Prevent Symptomatic Venous Thromboembolism in Hospitalized Medical Patients // Ann Intern Med. 2007; 146: 278-288

21 Spyropoulos A.C. Emerging strategies in the prevention of venous thromboembolism in hospitalized medical patients // Chest. – 2005. – Vol. 128. – P. 958-969

22 Wein L., Wein S., Haas S.J., et al. Pharmacological venous thromboembolism prophylaxis in hospitalized medical patients. A meta-analysis of randomized controlled trials // Arch. Intern. Med. – 2007. – Vol. 167. – P. 1476-1486

23 Kakkar A.K. Davidson B.L. Haas S.K. The Investigators Against Thromboembolism (INATE) of Core Group. Compliance with recommended prophylaxis for venous thromboembolism: improving the use and rate of uptake of clinical practice guidelines // J. Thromb. Haemost. – 2004. – Vol. 2. – P. 221-227

ТҰЖЫРЫМ

А.К. БАЙГЕНЖИН

Ұлттық ғылыми медициналық орталық, Астана қ.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ AVAIL-МЕ ЗЕРТТЕУДІҢ ЖАҢА АҒЫНЫ: ҚАЗАҚСТАН АУРУХАНАЛАРЫНДАҒЫ КТТЭА ҚАУІП-ҚАТЕРІН ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКА ӘДІСТЕРІН БАҒАЛАУ

Кіріспе: Күре тамырдың тромбоземболикалық асқынуы (КТТЭА) бұрынғыдай терапевттерге және хирургтарға шешуге тура келетін, маңызды клиникалық проблемалардың бірі болып табылады.

Осы Avail-Ме зерттеудің мақсаты білім беру бағдарламасын жүргізгенге дейін және оны жүргізгеннен кейін 8-10 айдан кейін алынған деректерді салыстыру арқылы білім беру бағдарламасының күре тамыр тромбоземболияның жоғары даму қауіп-қатері бар емделушілерге емдеуге әсерін бағалау болып табылады.

Материал және әдістер. Осы обсервациялық зерттеу 2010-2011 жылдары 432 емделушінің қатысуымен Қазақстан Республикасының бес ауруханасында жүргізілген (зерттеудің пилоттық кезеңі): 169 (39,1%) емделуші – терапиялық, 263 (60,9%) – хирургиялық бейіннің емделушілері және 2012 жылы 487 емделуші (зерттеуді жүзеге асыру кезеңі): 236 (48,5%) емделуші – терапиялық, 251 (51,5%) – хирургиялық бейіннің емделушілері.

Нәтижелері және талқылау. 2012 жылы бақыланған барлық емделушінің ішінен КТТЭА даму қауіп-қатерінің тобына терапиялық науқастардың 98,3% және хирургиялық науқастардың 83,3% жатқызылған. Емделушілер Саргіні қауіп-қатерінің категориялары бойынша топтастырылған: емделушінің 46 (9,4%) – шамалы, 85 (17,5%) – орташа, 151 (31%) – жоғары және 205 (42,1%) – өте жоғары КТТЭА даму қауіп-қатері анықталған. Көптеген емделушіге молекулалығы төмен гепариндерін пайдалана отырып, дәрі-дәрмекті профилактика жүргізілді, емделушінің біраз бөлігі бөлшектенбеген гепаринді қабылдады. 2012 жылы дәрі-дәрмекті профилактиканы қолдану фонсында қан кетудің даму жиілігі бұдан бұрынғы зерттеу кезеңінің (2010-2011ж.ж.) нәтижелеріне баламалы болды – 8,9 және сәйкесінше 11,8% (p>0,05).

Қорытынды. Алынған нәтижелер қолданыстағы білім беру бағдарламасының айрықшалығы жеткіліксіз болғанын білдіреді. Алынған нәтижелердің Қазақстанның госпитальдық мекемелеріне экстраполяция мүмкіндігіне қарамастан, КТТЭА профилактикасына бағытталған шараларды қабылдау туралы дәрігердің шешіміне әсер ететін факторларды одан әрі талдау үшін ірі ауқымды зерттеуді жүргізу керек.

Негізгі сөздер: күре тамыр тромбозмболикалық асқынулар (КТТЭА), профилактика, ұсыныстар, анти-коагулянттар.

SUMMARY

A. K. BAYGENZHIN

National Research Medical Center, Astana c.

A NEW WAVE OF AVAIL-ME STUDY IN KAZAKHSTAN: RISK ASSESSMENT AND PREVENTION METHODS OF VTE IN HOSPITALS OF KAZAKHSTAN

Introduction. Acute venous thromboembolism (VTE) is still one of the main clinical problems both for general practitioner and surgeon.

The aim of the study was to evaluate the influence of the educational program for the treatment of patients at high risk of venous thromboembolism by comparing the data before and after 8-10 months after the conducting of the educational program.

Material and methods. This observational study was conducted in five hospitals in the Republic of Kazakhstan and 432 patients in 2010-2011 years participated in the pilot phase of the study out of which 169 (39.1%) were medical patients and 263 (60.9%) were surgical ones.

In total 487 patients participated in the active phase of the study in 2012 among which 236 (48.5%) patients were medical patients and 251 (51.5%) were surgical ones.

Results. Of all the patients participated in the active phase of the study in 2012 the risk of VTE was revealed 98.3% of

therapeutic patients and 83.3% – in surgical ones. All patients were classified in accordance with Caprini risk assessment scale and 46 (9.4%) patients had low risk of VTE; 85 (17.5%) patients had moderate risk; 151 (31%) patients demonstrated high risk level and 205 (42.1%) patients – very high risk level. For the majority of patients the drug prevention with use of low-molecular heparins was carried out, the small part of patients received unfractionated heparin. Frequency of development of bleedings during drug VTE prevention in year 2012 was similar to the frequency of the same parameters during the previous study phase – 8,9 and 11,8% in 2010 and 2011 years correspondingly ($p > 0,05$).

Conclusions. The study data show that the educational program was insufficiently specific. Despite possibility of extrapolation of the received results on other hospitals in Kazakhstan, it is reasonable to conduct further large-scale trials to analyze the factors having influence on the physicians' decision regarding VTE prevention in Republic of Kazakhstan.

Key words: venous thromboembolism (VTE) prophylaxis, recommendations, anticoagulants.

Автор новой волны исследования AVAIL-ME в Казахстане: «Оценка риска и методов профилактики ВТЭО в больницах Казахстана», которое было спонсировано ТОО «Санofi-авентис Казахстан», не получал вознаграждения за участие в данном исследовании.

НЕЙРОХИРУРГИЯ

УДК 616.831-007-002.3-056.7-06

А.Е. КУРМАНБЕКОВ, А.Н. ДЬЯЧЕНКО, П.А. КИРЬЯНОВ

Алматинская региональная детская клиническая больница

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ГНОЙНЫМ ВЕНТРИКУЛИТОМ, У ДЕТЕЙ

Статья посвящена актуальным проблемам лечения детей с сочетанием гнойного ventрикулита и менингоэнцефалита с тяжелыми врожденными пороками развития центральной нервной системы. Отмечена тяжесть клинического течения воспалительного процесса на фоне грубого неврологического дефицита. Описан опыт этапной дифференцированной хирургической тактики лечения.

Ключевые слова: дети, ventрикулит, гидроцефалия, спинномозговая грыжа, хирургическое лечение.

Диагностика и лечение врожденных пороков развития центральной нервной системы, осложненных ventрикулитом, представляют актуальную проблему в связи с неуклонным ростом данной патологии, высоким уровнем летальности и тяжелой инвалидизацией. Ventрикулит (эпендимит) – гнойное воспаление желудочков мозга, одно из наиболее тяжелых гнойных внутричерепных осложнений ЧМТ, оружейных черепно-мозговых ранений или интракраниальных хирургических вмешательств. Полости желудочков мозга – области организма, наименее защищенные от инфекции. Здесь наиболее слабо выражены местные антимикробные защитные реакции. Вследствие иммунологической обособленности головного мозга и защитной функции гемато-энцефалического барьера, сюда труднее всего проникают как иммунозащитные факторы организма, так и вводимые лекарственные, в том числе и антимикробные, препараты. Поэтому

попадание в желудочки мозга микрофлоры всегда сопровождается возможностью развития крайне опасного для жизни больного гнойного осложнения – ventрикулита [1].

Диагноз ventрикулита ставят на основании клинической картины и ликворологических исследований. Характерной КТ-картины для данной патологии нет. Однако судить о ventрикулите можно по КТ-картине прорыва абсцесса мозга в желудочки, при выявлении ликворного свища, сообщающегося с желудочками, или при нахождении в желудочках мозга инородных тел, а при соответствующей клинической и ликворологической картине [2].

На базе АРДКБ находилось на стационарном лечении в период с 2012 по 2014 годы 7 детей в возрасте от периода новорожденности до 6 месяцев с прогрессирующей внутренней окклюзионной гидроцефалией, осложненной гнойным менингоэнцефалитом и ventрикулитом.