

Ю. А. Дегтярёва, О. А. Алексеюк

НОВЫЕ ОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЗОВ ПОВЕРХНОСТНЫХ И ГЛУБОКИХ ВЕН

Научный руководитель канд. мед. наук., доц. И. С. Романова

Кафедра клинической фармакологии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. На основании результатов собственного исследования в статье приведена типичная практика лечения тромбозов поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Определена частота назначения новых оральных антикоагулянтов в схемах лечения, как в условиях стационара, так и на амбулаторном этапе.

Ключевые слова: новые оральные антикоагулянты, ривароксабан

Resume. Typical practice of treatment of thromboses of superficial and deep veins is given in article. Frequency of new oral anticoagulants in schemes of treatment both in the conditions of a hospital, and at an out-patient stage is determined.

Keywords: new oral anticoagulants, rivaroxaban

Актуальность. Частота тромбозов глубоких и поверхностных вен нижних конечностей увеличивается с возрастом. У детей до 15 лет данная патология составляет 5 случаев на 100 000 населения; у пожилых людей старше 80 лет 450 – 600 на 100 000 населения. Наиболее серьезным осложнением тромбоза вен нижних конечностей является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Смертность в течении первого месяца после установки диагноза ТЭЛА составляет в среднем 12%.

В связи с этим внедрение эффективной схемы лечения и реабилитации пациентов с тромбозом поверхностных и глубоких вен нижних конечностей является одной из наиболее актуальных проблем современной клинической медицины. Это связано с неуклонным ростом частоты тромбозов различной локализации. Эффективная и безопасная антикоагулянтная фармакотерапия является безусловным критерием адекватного ведения таких пациентов. В

настоящее время на фармацевтическом рынке Республики Беларусь присутствуют новые оральные антикоагулянты (НОА), доказавшие свою эффективность и безопасность в лечении и профилактике венозных тромбозов.

НОА имеют ряд преимуществ перед существующими на рынке другими антикоагулянтами: таблетированная форма выпуска препарата, что исключает необходимость ежедневных инъекций; удобство приема (один или два раз в сутки на амбулаторном этапе); отсутствие необходимости в проведении текущего контроля свертываемости крови, возможность применения препарата у пациентов с умеренным и средним нарушением функции почек; отсутствие негативного влияния на функцию печени; хорошие характеристики безопасности и переносимости, что крайне важно при профилактике тромбозов после выписки больного из стационара.

Цель: Оценить тактику лечения и подходы к профилактике новыми оральными антикоагулянтами пациентов с тромбозами поверхностных и глубоких вен нижних конечностей.

Задачи:

1. Оценить потенциальные преимущества новых оральных антикоагулянтов;
2. Ретроспективно проанализировать карты стационарных пациентов с диагнозом тромбоз поверхностных и глубоких вен нижних конечностей;
3. Установить частоту назначения новых оральных антикоагулянтов, а также наиболее встречаемые схемы лечения в условиях стационара;
4. Изучить рекомендации, данные пациентам при выписке из стационара, для продолжения лечения на амбулаторном этапе.

Материал и методы. Выполнен случайный набор стационарных карт пациентов, лечившихся в 4 ГКБ им. Н. Е. Савченко в отделениях сосудистой и гнойной хирургии, с тромбозами поверхностных и глубоких вен нижних конечностей за период 2014г. Проведен ретроспективный анализ и выкопировка данных из 30 карт стационарных пациентов, которые были успешно пролечены. Средний возраст участников составил 39 лет, максимальный возраст 63 года, минимальный – 23 года. Средняя продолжительность пребывания в стационаре – 11,7 дней. Разработана анкета в базе Access Microsoft. Статистическая обработка: статистический пакет программы Microsoft Excel, 2010, Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. В стационаре в качестве антикоагулянтов назначался нефракционированный гепарин (18 пациентов), эноксапарин натрия (3 пациентов), надропарин кальция (5 пациентов). Среди проанализированных медицинских карт на стационарном этапе НОА были указаны в девяти случаях (рисунок 1).

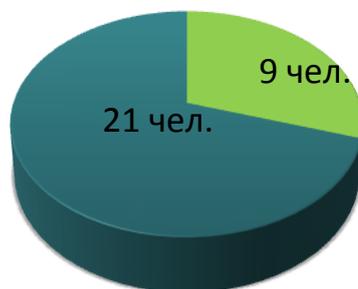


Рисунок 1 – Частота назначения НОА на стационарном этапе

Среди НОА использовался ривароксабан в дозе 15 мг 2 раза в день. Четырём пациентам сразу после поступления в стационар ривароксабан был назначен в качестве монотерапии, пяти пациентам ривароксабан назначался в день отмены нефракционированного гепарина (НФГ) или низкомолекулярных гепаринов (НМГ).

При выписке из стационара в рекомендациях по дальнейшему лечению 16 пациентам было предложено продолжить лечение ривароксабаном на амбулаторном этапе в дозе 20 мг 1 раз в сутки (рисунок 2). В эту категорию вошли все пациенты, которые получали ривароксабан в стационаре. Однако только в 8 рекомендациях была указана длительность приёма препарата.

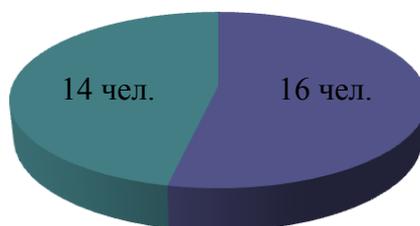


Рисунок 2 – Частота назначения ривароксабана при выписке из стационара

Среди 30 проанализированных медицинских карт в качестве сопутствующей терапии преимущественно указывался диклофенак (67,3%), омепразол (33,6%), пентоксифиллин (28,4%) и варфарин (15%).

Стандартное лечение острой венозной тромбоземболии заключается в необходимости назначения сначала парентерального НФГ (НМГ), с последующим (накладывающимся) применением антагониста витамина К, что отражено в Клиническом протоколе лечения и профилактики венозной тромбоземболии. Вторым способом – назначение НОА. На основании результатов клинических исследований III фазы EINSTEIN PE и EINSTEIN DVT в лечении тромбоземболии легочной артерии (ТЭЛА) и профилактики рецидивирующих тромбозов глубоких вен и ТЭЛА можно назначать ривароксабан [1]. Препарат не требует лабораторного мониторинга и

подбора дозы, не имеет пищевых взаимодействий, лишь несколько взаимодействий лекарственных [2].

Таким образом, в стационаре приемлемыми могут быть две схемы терапии острого венозного тромбоза: применение НФГ или НМГ с последующим переводом пациента на непрямые антикоагулянты и НОА.

На основании полученных данных, можно сделать вывод о безопасности применения НОА, ни в одной из медицинских карт не было отмены препарата из-за риска развития кровотечения. Потенциально опасных схем лекарственного взаимодействия не было отмечено. Всем пациентам, принимающим НОА в стационаре, рекомендовано продолжить прием на амбулаторном этапе. Необходимо отметить, что согласно клиническим исследованиям ривароксабан рекомендовано принимать 15 мг 2 раза в сутки 21 день, затем по 20 мг 1 раз в сутки на протяжении до 12 мес. В нашем исследовании в стационаре пациенты принимали ривароксабан в среднем 11,7 дней, что меньше длительности приема в клинических исследованиях.

Выводы:

1. Назначение НОА соответствует инструкции по применению лекарственного средства и клиническим протоколам основного заболевания.

2. Ни у одного пациента, включенного в исследование и принимающего НОА на стационарном этапе лечения, не было отмены препарата из-за побочных эффектов.

3. Отмечена высокая приверженность пациентов к лечению НОА. Все пациентам, начавшим прием препарата в стационаре, рекомендован прием на амбулаторном этапе.

4. При выписке пациента из стационара необходимо строго указывать дозы, кратность и длительность приёма НОА, с целью предупреждения ошибок в лечении на амбулаторном этапе.

Y. A. Degtyarova, O. A. Alexeuk

NEW ORAL ANTICOAGULANTS IN THE PRACTICE OF TREATMENT AND PREVENTION OF THROMBOSIS OF SUPERFICIAL AND DEEP VEINS

Tutor I. S. Romanova

*Department of Clinical Pharmacology
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. EINSTEIN Investigators, Bauersachs R, Berkowitz SD, Brenner B, et al. Oral rivaroxaban for symptomatic venous thromboembolism. // N Engl J Med. – 2010. – Dec 23. – № 363(26). – P.2499-510.

2. Kubitza D, Becka M, Voith B et al. Safety, pharmacodynamics, and pharmacokinetics of single doses of BAY 59-7939, an oral, direct factor Xa inhibitor. // Clin Pharmacol Ther. – 2005. – № 78. – P.412-21.