

Клиническое руководство по управлению венозной тромбоэмболией (краткая версия клинического руководства)

Основой для создания данной версии служит: клиническое руководство. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) «Prevention and management of venous Thromboembolism». Edinburgh: SIGN; 2010. (SIGN publication no. 122). [cited 10 Dec 2010]. Этот документ был подготовлен и разработан Шотландской межвузовской сетью руководств (SIGN), которая представляет собой объединение врачей, организаторов и других специалистов здравоохранения, представителей пациентов и является частью Национальной службы здравоохранения и улучшения качества Шотландии

Список разработчиков полной версии руководства:

Professor Mike Greaves Professor of Haematology, University of Aberdeen(Chair); Ms Julie Blythe Orthopaedic Pharmacist, Royal Infirmary of Edinburgh;Dr Adrian Brady Consultant Cardiologist, Glasgow Royal Infirmary;Ms Beatrice Cant Programme Manager, SIGN; Dr Matthew Checketts Consultant Anaesthetist, Ninewells Hospital,Dundee;Mr John Duncan Vascular Surgeon, Raigmore Hospital, Inverness;Miss Tracey Gillies General Surgeon, Royal Infirmary of Edinburgh;Dr Roberta James Acting Programme Director, SIGN;Ms Joan Lawson Lay Representative, Caithness; Mr Gordon McPherson Lay Representative, Renfrewshire; Dr John Murchison Consultant Radiologist, Royal Infirmary of Edinburgh;Mr Paul Rogers Vascular Surgeon, Gartnavel General Hospital,Glasgow;Mrs Lynne Smith Information Officer, SIGN;Dr Campbell Tait Consultant Haematologist, Glasgow Royal Infirmary;Dr Andrew Thomson Consultant Obstetrician and Gynaecologist, Royal Alexandra Hospital, Paisley;Professor Isobel Walker Consultant Haematologist, Glasgow Royal Infirmary;Dr Henry Watson Consultant Haematologist, Aberdeen Royal Infirmary

Цель клинического руководства:

обобщить существующие новейшие знания на доказательной основе по профилактике и лечению венозной тромбоэмболии у взрослых пациентов

Список Рабочей группы по адаптации Клинического руководства:

1.Конкаев А.К.-заведующий отделением анестезиологии и реанимации, Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, к.м.н.
2.Баубеков М.Б.- заведующий отделением микрохирургии Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии,к.м.н
3.Досмаилов Б.С.- заведующий отделением множественной травмы, Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, к.м.н.

Рецензенты клинического руководства

1.Шакенов А.Д. – заведующий кафедрой хирургических болезней №1, Медицинский университет Астана, д.м.н.
1.Жакупов Р.К.– зав. кафедрой кафедрой анестезиологии, реанимации, скорой неотложной помощи, Медицинский университет Астана, д.м.н.

Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.)

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных по профилактике и лечению венозной тромбоэмболии у взрослых , но не реже чем 1 раз в 4 года.

Пользователи руководства:		врачи всех специальностей, но в первую очередь хирурги, реаниматологи, врачи общей практики, терапевты, акушер-гинекологи
Категория пациентов:		взрослые пациенты с риском венозной тромбоэмболии
Ключевые слова:		венозная тромбоэмболия, диагностика, лечение, профилактика
Уровень Доказательности	Описание	
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых испытаний (далее- РКИ), или РКИ с очень низким риском отклонения (ошибки случайной выборки).	
1+	Хорошо проведенный мета-анализ, систематические обзоры, или РКИ с низким риском отклонения (ошибки случайной выборки).	
1-	Мета-анализы, систематические обзоры, или РКИ с высоким риском отклонения (ошибки случайной выборки).	
2++	Исследование типа «случай-контроль» или когортные исследования высокого качества с низким риском смещения или отклонения и высокой вероятностью того, что связь является причинной.	
2+	Хорошо проведенные исследования типа «случай-контроль» или когортные исследования с низким риском смещения или отклонения и средней вероятностью того, что связь является причинной.	
2-	Исследования типа «случай-контроль» или когортные исследования с высоким риском смещения или отклонения и значительным риском того, что связь не является причинной.	
3	Неаналитические исследования, например: клинический случай, серии случаев.	
4	Экспертное мнение.	
Классы рекомендаций.	Описание	
Класс рекомендаций относится к силе доказательства, на котором основана рекомендация. Он не отражает клиническую важность рекомендации.		
A	Минимум один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ с уровнем 1++ и напрямую применим к целевой группе пациентов или	
	Совокупность доказательств, состоящая обязательно из исследований с уровнем 1+, напрямую применима к целевой группе пациентов и показывающая общую последовательность результатов	
B	Совокупность доказательств, включающая исследования с уровнем 2++, напрямую применима к целевой группе пациентов и показывающая общую последовательность результатов или	
	Экстраполированное доказательство из исследований с уровнем 1++ или 1+	
C	Совокупность доказательств, включающих исследования с уровнем 2+, напрямую применима к целевой группе пациентов и показывающая общую последовательность результатов или	
	Экстраполированное доказательство из исследований с уровнем 2++	

D	Уровень доказательства 3 или 4, или
	Экстраполированное доказательство из исследований с уровнем 2+
Рекомендации хорошей практики	
✓	Рекомендуемая наилучшая практика на основе клинического опыта группы по разработке руководств
Рекомендации	
<u>Факторы риска венозной тромбоэмболии</u>	
Клиническая оценка риска венозного тромбоза	
1. Все пациенты, поступившие в больницу или которые находятся в неотложном состоянии в больнице должны быть индивидуально обследованы на риск венозной тромбоэмболии и кровотечения. Риски и польза профилактики должны обсуждаться с пациентом. 2. С этой целью рекомендуется использование метода чек-листа для оценки риска 3. Обследование должно проводиться регулярно и по крайней мере каждые 48 часов.	D
<u>Тромбопрофилактика у хирургических больных</u>	
-Общая хирургия	
4. Пациенты, которым была проведена абдоминальная операция и которые подвергаются риску в связи с данной процедурой или имеют индивидуальные факторы риска, должны получать тромбопрофилактику в сочетании с механическими методами, если нет противопоказаний, и получать подкожный низкомолекулярный гепарин, нефракционированный гепарин или фондапаринукс.	A
-Ортопедическая хирургия	
5. Пациенты, проходящие тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава или тотальное эндопротезирование коленного сустава должны получить фармакологическую профилактику (низкомолекулярным гепарином, фондапаринуксом, ривароксабаном или дабигатраном) в сочетании с механической профилактикой, если нет противопоказаний.	A
6. Должна быть обеспечена расширенная профилактика.	A
<u>Тромбопрофилактика у терапевтических пациентов</u>	
-Фармакологическая профилактика для предотвращения бессимптомной и симптоматической венозной тромбоэмболии	
7. Когда выявлены факторы риска, с целью тромбопрофилактики следует применять нефракционированный гепарин, низкомолекулярный гепарин или фондапаринукс.	A
-Другие группы терапевтических пациентов	
8. Пациенты с онкологическими заболеваниями, как	A

правило, имеют высокий риск развития венозной тромбоэмболии и им рекомендуется при госпитализации проводить профилактику низкомолекулярным гепарином, нефракционированным гепарином или фондапаринуksom.	
<u>Беременность и послеродовой период</u>	
-Оценка риска дородового тромбоза	
9. Все женщины при их постановке на учет по поводу беременности должны быть оценены на наличие факторов риска венозной тромбоэмболии и при каждом последующем посещении врача при беременности, а также в родах, следует проводить оценку факторов риска венозной тромбоэмболии.	D
<u>Диагностика венозной тромбоэмболии</u>	
- Диагностические алгоритмы	
10. Первоначальная оценка амбулаторных больных с подозрением на тромбоз глубоких вен или легочную эмболию должна быть подтверждена использованными клиническими правилами (стандартами) при принятии решений.	B
11. Результаты первоначального обследования должны быть использованы для определения диагностической стратегии.	✓
- Подтверждение клинически подозреваемого тромбоза глубоких вен	
12. Пациенты, которые имеют отрицательные или недостаточные результаты первоначального сканирования, но имеющие сохраняющееся клиническое подозрение на тромбоз глубоких вен или пациенты с симптомами, требующими обсуждения, должны пройти повторное УЗИ.	C
<u>Предварительное обследование</u>	
- Клинические и лабораторные исследования	
13. Все пациенты с подозрением на венозную тромбоэмболию должны иметь полный анамнез заболевания и полное обследование, проводимое с целью выявления основных причин, способствующих развитию тромбоза и оценки показаний для проведения антитромботической терапии.	D
14. Выявление наследственных форм тромбофилии (антитромбина, протеина С, недостатка протеина S и фактора V Leiden и протромбина G20210A) не влияет на начальное ведение больных с подозрением на венозную тромбоэмболию и не должно проводиться рутинно.	A
15. Неселективный скрининг на наличие рака у пациентов с тромбозом глубоких вен или легочной эмболией не показан.	C
<u>Начальное ведение больных с венозной тромбоэмболией</u>	

- Поверхностный тромбофлебит	
16. Пациенты с клиническими признаками поверхностного тромбофлебита, с вовлечением проксимальной подкожной вены нижней конечности, должны пройти УЗИ, чтобы исключить сопутствующий тромбоз глубоких вен.	D
17. Пациенты с поверхностным тромбофлебитом должны носить противоэмболические чулки и могут быть рассмотрены для лечения профилактическими дозами низкомолекулярного гепарина в течение 30 дней или фондапаринуксом в течение 45 дней. Если низкомолекулярный гепарин противопоказан, то необходимо провести курс лечения пероральными нестероидными противовоспалительными препаратами в течение 8-12 дней.	B
<u>Дальнейшее управление венозной тромбоэмболией</u>	
- Выбор антикоагулянта	
18. При венозной тромбоэмболии, связанной с раком, следует отдавать предпочтение низкомолекулярному гепарину вместо варфарина.	A
- Продолжительность антикоагулянтной терапии проксимального тромбоза глубоких вен нижних конечностей или легочной эмболии	
19. После первого эпизода проксимального тромбоза глубоких вен верхних конечностей или легочной эмболии, лечение антагонистом витамина К следует продолжать не менее трех месяцев.	A
20. Непрерывное длительное продолжение терапии антагонистами витамина К после первого эпизода венозной тромбоэмболии может быть целесообразным у некоторых пациентов и может быть основано на индивидуальном обследовании, включающим оценку некоторых факторов: - неспровоцированность первого эпизода - локализация и тяжесть первого эпизода - наличие хронических сопутствующих заболеваний, например рака - наличие стойких антифосфолипидных антител - мужской пол - риск кровотечения при лечении антикоагулянтами - соблюдение пациентом режима, а также предпочтения пациента.	✓
<u>Побочное действие профилактики и лечения венозной тромбоэмболии</u>	
- Гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ)	
21. Мониторинг пациентов на выявление ГИТ должен быть проведен путем выполнения серийных подсчетов тромбоцитов. - У пациентов, ранее получавших нефракционированный гепарин и низкомолекулярный гепарин в течение 100 дней, или у которых история последнего применения гепарина не ясна, должны пройти подсчет тромбоцитов,	D

выполненный в течение 24 часов с момента получения первой дозы лечения.

-По всем другим пациентам, для которых проводится мониторинг, подсчет количества тромбоцитов должен быть выполнен каждые два-три дня с 4-го дня по 14-й день применения гепаринов.

Методология

Доказательная база для этого руководства была синтезирована в соответствии с методологией SIGN. Систематический обзор литературы проводился с использованием четкой стратегии поиска разработанной SIGN. Для поиска использованы базы данных Medline, EMBASE, CINAHL, PsycINFO и Cochrane Library. Диапазон лет охватывал 1998-2009 гг.. Поиск в интернете был осуществлен на различных веб-сайтах, включая информационный центр Национальных Руководств США. Основной поиск были дополнен материалом, определенным отдельными членами группы по разработке. Каждая из отобранных работ была оценена двумя членами группы с использованием стандартных методологических контрольных списков SIGN, перед тем как выводы были рассмотрены в качестве доказательств.

При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.

Ссылки

www.rcrz.kz

<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/122/index.html>