

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ПО УПРАВЛЕНИЮ ВЕНОЗНОЙ
ТРОМБОЭМБОЛИЕЙ
(краткая версия)**

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦИИ



Астана, 2013

**Клиническое руководство
по управлению венозной тромбоземболией
(краткая версия)**

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 Ta it 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 тромбозмболии 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. 2. Жакупов Р.К. – заведующий кафедрой анестезиологии, реанимации, скорой неотложной помощи, Медицинский университет Астана, д.м.н.
Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 21 от 14 декабря 2012 г.)	

Дата пересмотра клинического руководства: при появлении новых доказанных данных по профилактике и лечению венозной тромбоземболии 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 тромбоземболии
Ключевые слова:	венозная тромбоземболия, 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

	причиной .
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 причиной .
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.
	Совокупность доказательств, состоящая обязательно из исследований с уровнем 1+, напрямую применима к целевой группе пациентов и показывающая общую последовательность результатов.

В	Совокупность доказательств, включающая исследования с уровнем 2++, напрямую применима к целевой группе пациентов и показывающая общую последовательность результатов.
	Экстраполированное доказательство из исследований с уровнем 1++ или 1+
С	Совокупность доказательств, включающих исследования с уровнем 2+, напрямую применима к целевой группе пациентов и показывающая общую последовательность результатов.
	Экстраполированное доказательство из исследований с уровнем 2++
D	Уровень доказательства 3 или 4.
	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	D

<p>венозной тромбоземболии и кровотечения. Риски и польза профилактики должны обсуждаться с пациентом.</p> <p>2. С этой целью рекомендуется использование метода чек-листа для оценки риска.</p> <p>3. Обследование должно проводиться регулярно и по крайней мере каждые 48 часов.</p>	
<p><u>Тромбопрофилактика у хирургических больных</u></p>	
<p>- Общая хирургия</p>	
<p>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.</p>	А
<p>- Ортопедическая хирургия</p>	
<p>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.</p>	А

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 правило, имеют высокий риск развития венозной тромбоэмболии и им рекомендуется при госпитализации проводить профилактику низкомолекулярным гепарином, нефракционированным гепарином или фондапаринуксом.	A
<u>Беременность и послеродовый 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

Диагностика венозной тромбоземболии	
- 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
Предварительное обследование	
- Клинические и лабораторные исследования	
13. Все пациенты с подозрением на венозную тромбоземболию должны иметь полный анамнез заболевания и полное обследование, проводимое с целью выявления основных причин, способствующих развитию тромбоза и оценки показаний для проведения	D

анти тромботической терапии.	
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 противоэмболитические 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 тромбоземболией</u>	
- Выбор антикоагулянта	
18. При венозной тромбоземболии, 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 тромбоземболии 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 тромбозмболии</u>	
-Гепарин-индуцированная тромбоцитопения (ГИТ)	
<p>21. Мониторинг пациентов на выявление ГИТ должен быть проведен путем выполнения серийных подсчетов тромбоцитов.</p> <p>- 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, выполненный в течение 24 часов с момента получения первой дозы лечения.</p> <p>- 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.</p>	D
Методология	
<p>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,</p>	

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 CSIH был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантами 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>

Для заметок