

## Межобластная научно-практическая конференция «Ксарелто — новый стандарт антикоагулянтной терапии. Актуальные вопросы тромбозов в ортопедии и травматологии»

18 марта 2010 года в г. Харьков состоялась Межобластная научно-практическая конференция «Ксарелто — новый стандарт антикоагулянтной терапии. Актуальные вопросы тромбозов в ортопедии и травматологии». Конференция была организована совместно ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины», Харьковским областным отделением ВОО «Украинская ассоциация ортопедов-травматологов», сотрудниками немецкой компании «Байер Шеринг Фарма» в Украине и проведена в рамках дня ортопеда-травматолога.

В работе конференции приняли участие более 130 ортопедов-травматологов из Харьковской, Полтавской, Сумской, Днепропетровской областей, а также специально приглашенный гость — руководитель отделения ортопедической хирургии городской клинической больницы г. Франкфурт-на-Майне (Германия) профессор Патрик Мюре.

С приветственным словом конференцию открыл директор ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины» проф. Н.А. Корж. Он также отметил, что наблюдающийся в настоящее время рост тяжести травматизма и внедрение в практику травматологии и ортопедии сложных хирургических вмешательств требуют разработки и применения новых, более эффективных технологий профилактики тромбозомболий — наиболее частых осложнений после тяжелых травм и «больших» операций на костях и суставах. Несмотря на то, что в хирургической практике в настоящее время имеется достаточно широкий выбор медикаментозных препаратов для предупреждения ТЭО, ряд вопросов остается нерешенным: какому препарату следует отдать предпочтение, когда следует начинать тромбопрофилактику, какова оптимальная длительность курса тромбопрофилактики, какова должна быть форма препарата и удобная для пациента схема его применения и др.

О результатах исследований препаратов антикоагулянтов RECORD и о практическом опыте профилактики ТЭО в клиниках Германии рассказал в своем докладе проф. Патрик Мюре. Он подчеркнул, что эндопротезирование коленных и тазобедренных суставов является одним из наиболее значимых факторов риска развития ТЭО. Несмотря на то, что благодаря внедрению новых технологий и использованию современного аграмматичного инструментария удается избежать массивного кровотечения и массивного травмирования мягких тканей во время операции, риск возникновения ТЭО у пациентов в послеоперационном периоде остается неизменно высоким. Это объясняется широким внедрением в практику сложных хирургических вмешательств, например таких, как одномоментное эндопротезирование двух суставов. Также отмечается тенденция к увеличению возраста больных, которым проводятся хирургические вмешательства, что также является фактором риска возникновения тромбозов.

В настоящее время для профилактики ТЭО используют нефракционированный гепарин (НФГ), варфарин, низкомолекулярные гепарины (НМГ), фондапаринукс, ривароксабан («Ксарелто»). Сроки начала профилактики ТЭО согласно рекомендациям современного руководства АССР (2008) разные в зависимости от используемых антикоагулянтов. Первую дозу НМГ следует вводить за

12 ч до операции или через 12–24 ч после нее. Варфарин (с поддержанием МНО 2,0–3,0) необходимо применять до или сразу после операции, фондапаринукс — через 6–8 ч после операции, «Ксарелто» (ривароксабан) — по 1 таблетке (10 мг) 1 р/сут через 6–10 ч после операции. Длительность профилактики ТЭО после обширных ортопедических вмешательств составляет до 35 дней (рекомендация класса 1А для тотального замещения тазобедренного сустава и 2В после тотального замещения коленного сустава).

В клинической практике ортопедического отделения больницы г. Франкфурт-на-Майне первую дозу «Ксарелто» назначают через 8 ч после операции, что ассоциируется с низким риском кровотечений и тромбоза глубоких вен. Иногда на фоне приема препарата у пациентов может отмечаться незначительная кровоточивость раны, что считается допустимым и не является поводом для отмены лечения. Если хирургическое вмешательство выполняют утром или в дневное время, первую дозу «Ксарелто» назначают через 8 ч после операции; при проведении операции поздно вечером целесообразно перенести прием препарата на утро. У некоторых пациентов в первые часы после операции могут развиваться тошнота и рвота, однако они, как правило, носят непродолжительный характер и прекращаются к моменту приема «Ксарелто». При возникновении рвоты сразу после приема препарата следует повторно принять таблетку через 2–4 ч; если же рвота возникла через 2 ч и более после приема препарата, нет необходимости в назначении дополнительной дозы. В случае, если пациент забыл принять «Ксарелто», препарат следует принять незамедлительно и продолжать тромбопрофилактику по схеме.

Анализ объединенных результатов программы клинических исследований RECORD (1-3) продемонстрировал, что для пациентов, подвергавшихся обширным ортопедическим операциям, прием ривароксабана (10 мг 1 р/сут) по сравнению с эноксапарином приводил к значительному снижению частоты случаев симптомной ВТЭ и общей смертности (снижение на 58%,  $p < 0,001$ ) в течение периода лечения ( $35 \pm 4$  дня), а также частоты случаев симптомной ВТЭ и общей смертности за период активного лечения ( $12 \pm 2$  дня) и в течение всего исследования, включая последующее наблюдение ( $p < 0,001$ ). Кроме того, длительный прием ривароксабана не сопровождался существенным повышением риска любых, в том числе серьезных, кровотечений в период лечения и при последующем наблюдении.

С точки зрения проф. Патрика Мюре, препарат «Ксарелто» — это новый стандарт антикоагулянтной терапии.

Проф. В.А. Филиппенко в своем докладе отметил, что пациенты после перенесенных хирургических вмешательств по поводу эндопротезирования крупных суставов относятся к группе высокого риска развития тромбоза глубоких вен (ТГВ) и тромбозомболии легочной артерии (ТЭЛА). Однако тромбоз глубоких вен несет в себе также и самостоятельную угрозу, в первую очередь — развития отдаленных последствий. В 50% случаев после симптомного тромбоза глубоких вен у пациентов развивается посттромботический синдром, влияющий на качество жизни пациента и его отдаленный прогноз. Развитие трофических язв происходит у 10% пациентов с

ТГВ, что также является неблагоприятным для прогноза ввиду высокого риска инфицирования. Одним из самых тяжелых отдаленных последствий перенесенного ТГВ является легочная гипертензия, при этом если спустя 6 мес после хирургического вмешательства это осложнение отмечается у 1% больных, то через 2 года — у 60%. Таким образом, эффективная тромбопрофилактика необходима для сохранения качества жизни, здоровья и выживаемости пациентов вследствие перенесенного хирургического вмешательства на крупных суставах.

ВГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины» проведено наблюдение за 20 пациентами после бесцементного эндопротезирования тазобедренного сустава, которым был назначен курс тромбопрофилактики препаратом «Ксарелто» длительностью 35 дней. Эффективность оценивали по клинической симптоматике, по результатам доплерографии сосудов нижних конечностей на 14-й день (перед выпиской), а также на 35-й день (после окончания курса тромбопрофилактики). В результате проведенного наблюдения признаков ТГВ не выявлено ни в одном случае, что говорит об эффективности тромбо-

профилактики препаратом «Ксарелто» и подтверждает данные клинического исследования RECORD.

Об опыте применения ривароксабана у пациентов с переломами нижних конечностей, лечившихся в травматологическом отделении Харьковской городской больницы скорой и неотложной помощи, доложил к.м.н. В.В. Паламарчук. По результатам наблюдения за двумя группами пациентов, в каждой из которых было по 24 больных с переломами бедренной кости и костей голени, был сделан вывод, что использование «Ксарелто» в травматологической практике позволяет заметно улучшить результаты лечения. Это обусловлено, прежде всего, высокой специфичностью действия ривароксабана и селективным воздействием его на Ха-фактор свертывания крови, являющийся ключевым элементом в коагуляционном каскаде, а также дополнительными преимуществами препарата: отсутствием необходимости в постоянном мониторинге, отсутствием необходимости в коррекции дозы в зависимости от возраста, массы тела и пола пациента, удобством приема препарата пациентом самостоятельно и вне зависимости от времени приема пищи.

Председатель правления **В.А. Филиппенко**  
Секретарь **Е.Г. Шевченко**