

А.М. Дорошенко, В.Ю. Субботін, В.В. Марцінів, А.М. Куцин

МІСТ-ТЕРАПІЯ В ПРАКТИЦІ СУДИННОГО ХІРУРГА СТАЦІОНАРУ

КЛ «Феофанія» ДУС

Резюме. У статті наведений досвід лікування 102 хворих, оперованих з приводу критичної ішемії нижніх кінцівок, які приймали оральні антикоагулянти та/або оральні дезагреганти з застосуванням міст-терапії та без проведення міст-терапії.

Ключові слова: міст-терапія, bridgingtherapy, оральні антикоагулянти, оральні дезагреганти, профілактика тромбозів, ризик кровотеч.

ВСТУП

На сьогоднішній день в хірургічній практиці лікарі досить часто зустрічаються із необхідністю проведення хірургічних втручань пацієнтам, які отримують оральні антикоагулянти (ОАК) та/або оральні антиагреганти (ОДА) протягом тривалого періоду часу у зв'язку із наявністю захворювань (фібриляція передсердь, кардіоміопатії) чи перенесених інвазивних втручань (реваскуляризуєчі операції на коронарних та периферичних артеріях), які асоціюються із підвищеним ризиком артеріальних чи венозних тромбозів. У США близько 2,5 млн. пацієнтів на рік зустрічаються із проблемою тимчасового припинення прийому ОАК та/або ОДА [1]. Щорічно приблизно у 10 % пацієнтів, що приймають ОАК та/або ОДА, використання антикоагулянтної терапії тимчасово припиняється у зв'язку із необхідністю виконання інвазивних втручань. Стосовно таких пацієнтів запропонована методика тимчасового переходу з прийому антикоагулянтів та/або антиагрегантів на низькомолекулярні гепарини (НМГ) [2]. Ця методика у англомовній літературі отримала назву bridging-therapy (міст-терапії). Міст-терапія – тимчасова відміна ОАК та/або ОДА з призначенням НМГ при проведенні хірургічних втручань пацієнтам з середнім та високим ризиком тромботичних ускладнень. Основною метою є профілактика тромбозів, тромбоемболій та геморагічних інтра- та післяопераційних ускладнень. [3] Необхідно пам'ятати, що приблизно 20% артеріальних тромбозів виявляються летальними і 40% призводять до інвалідизації. Біля 6% повторних венозних тромбоемболій також є летальними [4]. Вирішення питання про призначення міст-терапії приймається індивідуально до

кожного пацієнта. На жаль є група хворих, яким показане екстрене або невідкладне оперативне втручання, і немає змоги завчасно відмінити ОАК та/або ОДА та провести міст-терапію. У таких пацієнтів ризик виникнення геморагічних ускладнень значно вищий. Для профілактики геморагічних ускладнень їм проводиться замісна терапія свіжозамороженою плазмою (СЗП) або препаратами Октаплекс, Новосевен.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У статті наведено досвід використання bridging-therapy у хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок на базі центру судинної хірургії КЛ «Феофанія» ДУС за період з 01.09.2016 р. по 01.09.2017 р. За цей період нами прооперовано 102 хворих з критичною ішемією нижніх кінцівок, які приймали ОАК та/або ОДА. Розподіл за віком та статтю був наступним: середній вік 56–72 роки ($\pm 2,4$); 73 чоловіка та 29 жінок. Всім хворим проводились загально клінічні та лабораторні обстеження, в тому числі коагулограма та час згортання крові. Усіх хворих поділили на 2 групи. 1-ша група – хворі, яким проводилась міст-терапія згідно зі схемою індивідуально і незалежно від виду ОАК та/або ОДА (їм виконувались планові оперативні втручання) – 62 пацієнти (60,78%). 2-га група – 40 пацієнтів (39,22%), яким міст-терапія не проводилась в зв'язку з необхідністю проведення екстреного чи невідкладного оперативного втручання. Пацієнтам 2-ої групи в периопераційному періоді з метою профілактики ризику виникнення кровотечі проводилась замісна терапія у вигляді переливання свіжозамороженої плазми (СЗП). При планових оперативних втручаннях міст-терапія призначається по схемі

(таблиця 1), яка передбачає поетапну відміну та початок прийому антикоагулянтів або антиагрегантів.

Схема відміни та поновлення прийому антикоагулянтів та дезагрегантів у пері операційного періоду.

Таблиця 1

Антикоагулянт	Відміна до операції високого ризику кровотечі (дні)	Відміна до операції середнього ризику кровотечі	Початок прийому після операції високого ризику кровотечі через	Початок прийому після операції через	Міст-терапія	Аналіз, яким контролюється
Варфарин	5 днів (МНВ в день операції <1,2)	5 (МНО в день операції <1,4)	12–48 год (починає діяти через декілька днів)	12–24 год (починає діяти через декілька днів)	НМГ: Профілактична доза. Старт коли МНВ < 2 (зазвичай за три дні до операції або через 36 год після відміни варфарину) Кінець коли МНО > 2	МНВ
Аценокумарол (СИНКУМАР)	3 дні (МНВ в день операції <1,2)	3 (МНО в день операції <1,4)	24–48 год (починає діяти швидко)	24–48 год (починає діяти швидко)	НМГ: Профілактична доза. Старт коли МНВ < 2 (зазвичай за два дні до операції) Кінець коли МНО > 2	МНВ
Дабігатран (ПРАДАКСА®)	4 дні (при СiCr > 50%) 4-5 дні (при СiCr < 50%)	2 дні (при СiCr > 50%) 3 дні (при СiCr < 50%)	2-3 дні, або використувати 1/2 дози	12–24 год лише при адекватному гемостазі (починає діяти швидко)	НМГ: Профілактична доза. Лише у пацієнтів високого ризику тромбозу. До операції на наступний день після відміни і до першої дози препарату	Тромбінний час, АЧТЧ – частково відображають
Ривароксабан (КСАРЕЛТО®)	3 дні	2 дні	2–3 дні	24 год лише при адекватному гемостазі (починає діяти швидко)	НМГ: Профілактична доза. Лише у пацієнтів високого ризику тромбозу. До операції на наступний день після відміни і до першої дози препарату	Рівень ривароксабана в крові. Протромбінний індекс
Фондапаринукс (АРИКСТРА®)	4 дні (при порушенні функції нирок може накопичуватися)	3 дні (при порушенні функції нирок може накопичуватися)	24 год (швидкий початок дії)	24 год (швидкий початок дії) в профілактичній дозі (2,5 мг) може бути призначений через 6–8 год.	Ні (нема рекомендацій)	Активність анти-фактора Ха
Ацетилсалицилова кислота (АСПІРИН)	7–10 днів	Ні (при первинній профілактиці та низькому ризику тромботичних ускладнень можна відмінити за 7-10 днів; а при високому відміна за 4 дні до операції)	24 год.	24 год.	НМГ: Профілактична доза старт на наступний день або НФГ або Тірофібан, Елтіфібатид	Час кровотечі

Клопідогрель (ПЛАВІКС®, ЛОПРЕЛ, ЗИЛТ®, ТРОМБОНЕТ®)	7 днів (за нормальної кількості тромбоцитів)	7 днів (за нормальної кількості тромбоцитів)	12-24 год.	12-24 год.	НМГ: Лікувальна доза старт на наступний день або НФГ, або Тірофібан, Ептіфібатид	Час кровотечі
Тиклопідин (ІПАТОН®)	10 днів (за нормальної кількості тромбоцитів)	10 днів (за нормальної кількості тромбоцитів)	12-24 год.	12-24 год.	НМГ: Лікувальна доза старт на наступний день або НФГ, або Тірофібан, Ептіфібатид	Час кровотечі
Тикагрелор (БРИЛІНТА)	5 днів (за нормальної кількості тромбоцитів)	5 днів (за нормальної кількості тромбоцитів)	12-24 год.	12-24 год.	НМГ: Лікувальна доза старт на наступний день або НФГ, або Тірофібан, Ептіфібатид	Час кровотечі
Прасургрел (Еффієнт)	7–10 днів (за нормальної кількості тромбоцитів)	7–10 днів (за нормальної кількості тромбоцитів)	12-24 год.	12-24 год.	НМГ: Лікувальна доза старт на наступний день або НФГ, або Тірофібан, Ептіфібатид	Час кровотечі
Цилостазол (ПЛЕТОЛ, ПЛЕСТАЗОЛ)	5 днів	2 дні	12-24 год.	12-24 год.	Ні	
Дипіридамол	2 днів	2 дні	12-24 год.	12-24 год.	Ні	
Аспірин + Клопідогрель	7–10 днів АСК та Клопідогрель	За 7 днів відміна клопідогреля, АСК продовжити прийом	12-24 год.	24 год.	НМГ: Лікувальна доза старт на наступний день або НФГ, або Тірофібан, Ептіфібатид	Час кровотечі

РЕЗУЛЬТАТИ Й ОБГОВОРЕННЯ

Ускладнення спостерігались безпосередньо в ранньому післяопераційному періоді на 1–3 добу після операції у 4-х пацієнтів (3,92%), усі з 2-ої групи, у вигляді кровотечі з післяопераційної рани у 2-х пацієнтів (1,96%) та у вигляді гематом післяопераційної рани також у 2-х пацієнтів (1,96%). Всі хворі були переведені на ОАК та/або ОДА на 2–3 добу після операції. Тромботичних ускладнень в обох групах у хворих не було виявлено. Всі ускладнення спостерігались в групі пацієнтів, яким виконувались екстрені та невідкладні операції, незважаючи на ретельний, кропіткий гемостаз та проведення замісної терапії (СЗП).

Тому ведення таких хворих в периопераційному періоді потребує подальшого вивчення та вдосконалення.

ВИСНОВКИ

1. У групі пацієнтів, яким було вчасно відмінено ОАК та/або ОДА і проводилась міст-терапія, 62 пацієнти (60,78%), жодних ускладнень не спостерігалось.
2. Усі ускладнення спостерігались в 2-й групі пацієнтів, яким виконувались екстрені та невідкладні операції, у 4-х пацієнтів (3,92%).
3. Проведення міст-терапії забезпечує належну профілактику тромботичних та геморагічних ускладнень у периопераційному періоді.