

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

С.С. Павлов, Г.А. Пальшин

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

УДК 617.3

Представлен анализ уровня комплаентности к профилактике тромбоэмболических осложнений пациентов после операций по эндопротезированию крупных суставов, проведенных в Республиканской больнице №2 г. Якутска с января 2012 по декабрь 2013 г. Исследования выявили низкий уровень комплаентности у пациентов, принимавших парентеральные низкомолекулярные гепарины с переходом на непрямые антикоагулянты.

Ключевые слова: комплаентность, профилактика тромбоэмболических осложнений.

The article presents an analysis of the level of compliance to the prevention of thromboembolic complications of patients after large joints replacement in the Republican Hospital №2, Yakutsk from January 2012 to December 2013. Studies have shown a low level of compliance in patients taking parenteral low molecular weight heparins with the transition to indirect anticoagulants.

Keywords: compliance, prevention of thromboembolic complications.

Одной из серьезных и труднопреодолимых проблем современной медицины является нежелание пациентов следовать лечебным назначениям [1,2]. Комплаентность (приверженность) – это термин, входящий в обиход практических врачей, как за рубежом, так и в нашей стране, обозначающий верное, а главное осознанное и последовательное выполнение больным рекомендаций, полученных от врача [3]. Отсутствие комплаентности (некомплаентность) – актуальная проблема для всех областей клинической медицины [2]. Согласно современным исследованиям врачи в своей практической деятельности относительно редко обращаются к методам, способным эффективно влиять на комплаентность лекарственной терапии, что отчасти может быть объяснено их недостаточной информированностью в данном вопросе.

В настоящем обзоре рассмотрена проблема комплаентности к антикоагулянтной терапии. Проведен анализ существующих методов оценки комплаентности, основных ошибок, связанных с несоблюдением пациентами режима антикоагулянтной терапии.

Отказ от антикоагулянтной терапии или их прием в заведомо недостаточных дозах может повлечь за собой целый ряд серьезных нежелательных последствий, как для самого пациента, так и для системы здравоохранения. Несмотря на осознание важности регулярного приема препаратов, многие

пациенты не принимают лекарства так, как предписано.

Целью данного исследования были оценка уровня приверженности к профилактике тромбоэмболических осложнений после эндопротезирования крупных суставов, выявление причин некомплаентности, а также факторов, снижающих комплаентность в данной когорте больных.

Материалы и методы исследования. За период с января 2012 г. по декабрь 2013 г. в травматолого-ортопедическом отделении РБ №2-ЦЭМП проведено 665 операций по эндопротезированию: коленного сустава – 350 (52,63%), тазобедренного – 315 (47,37%) чел. Средний возраст больных составил $59,55 \pm 11,49$ лет (от 17 до 86 лет). По половому признаку: женщин 403 (60,6%), мужчин 262 (39,4%).

Всем пациентам после оперативного лечения назначалась антикоагулянтная терапия. Схема терапии перед операцией полностью разъяснялась больному лечащим врачом, после чего больной выбирал, какой метод считает более подходящим для него. Выбранную схему профилактики тромбоэмболических осложнений больной продолжал и на амбулаторном этапе лечения. Использовались 3 схемы лечения:

1. Парентеральные низкомолекулярные гепарины (НМГ) в виде монотерапии (надропарина кальциевая соль (фраксипарин), эноксапарина натриевая соль (клексан) и дальтепарина натриевая соль (фрагмин)) – у 19 чел. (2,85%).

2. Парентеральные НМГ с переходом на антикоагулянты непрямого действия (варфарин) – у 246 чел. (37%).

3. Пероральный антикоагулянт: ривароксабан (ксарелто) и дабигатранэтексилат (прадакса) – у 400 чел. (60,15%).

Парентеральные антикоагулянты (эноксапарина натриевая соль, надропарина натриевая соль, дальтепарина натриевая соль) вводились подкожно 1 раз в день в рекомендованных дозах (первая инъекция проводилась за 12 ч до операции, вторая – через 12 ч после операции) в течение 20-35 дней. По 2-й схеме пациентам вводили парентеральный антикоагулянт за день до и в течение 10 дней после операции. С 6-го дня введения НМГ добавляли антикоагулянт непрямого действия (варфарин). При достижении показателя МНО 2 НМГ отменяли и продолжали профилактику на антикоагулянте непрямого действия до 20-30 дней в зависимости от проведенной операции. Пероральные антикоагулянты (ривароксабан, дабигатранэтексилат) давали через 6 ч после операции в течение 25-35 дней. Всем больным проводили контроль коагулограммы в день поступления, через 1 сут после операции, на 5-е, 10-е сут после операции и перед выпиской. Также проводили контроль показателей ОАК.

При выписке из стационара всем пациентам даны рекомендации по дальнейшей профилактике тромбоэмболических осложнений, разъяснены цели данных препаратов и возможные осложнения. Также рекомендован контроль показателя МНО пациентам, принимавшим антикоагулянт непрямого действия.

Для оценки комплаентности существует много методов, но ни один из них не считается идеальным. Наиболее достоверный из них – это под-

счет использованных упаковок. Но на практике он практически не применим, так как многие пациенты проживают в отдаленных от клиники населенных пунктах.

Комплаентность пациентов оценивалась нами с помощью телефонного опроса по анкете наблюдательной программы ХА2011-01RU, СОПРАНО. Опрос пациентов и изучение дневников приема лекарств малоэффективны для выявления единичных пропусков приема препарата, однако позволяют обнаружить такие важные аспекты некомплаентности, как игнорирование врачебных предписаний, использование заведомо неадекватных доз, замена препарата аналогом и др.

Результаты и обсуждение. Опрос проведен 469 пациентам. В полном объеме выполнили врачебные рекомендации 258 пациентов (55,01%), из которых пациенты, принимавшие антикоагулянты по 1-й схеме, составили 10 чел., по 2-й – 28, по 3-й – 220. У 22 (4,69%) пациентов констатировано нарушение приема препарата в виде единичного пропуска, у 12 (2,55%) – замена препарата на другие антико-

агулянты. Однако эти нарушения, по нашему мнению, не могли существенно повлиять на развитие тромбоэмболических осложнений, поэтому эти пациенты были отнесены к разряду «условно комплаентных». 58 (12,36%) больных полностью игнорировали врачебные рекомендации, что проявлялось отказом от приема не только антикоагулянтов, но и других препаратов. 13 (2,77%) пациентов произвольно заменяли его на препарат с другим механизмом действия (антиагреганты), а также принимали лекарства не в рекомендованных дозах. У 72 (15,35%) пациентов не проведен контроль коагулограммы или проведено однократно. Превышение рекомендованных доз не констатировано. Свой вклад в структуру некомплаентности вносили и социальные факторы. Так, 25 обследованных не принимали пероральные антикоагулянты вследствие отсутствия рекомендованного препарата в аптеках и 7 пациентов были вынуждены принимать вместо пероральных антикоагулянтов его более дешевый аналог из-за дороговизны препарата.

Выводы. По данным исследова-

ния, комплаентными являются пациенты, которым назначена монотерапия в виде парентерального НМГ и перорального антикоагулянта, некомплаентными – те пациенты, которым был рекомендован прием не прямых антикоагулянтов. У данных пациентов в рекомендациях было указано контролирование коагулограммы, но данное исследование проводили у 21 пациента (однократно), остальные пациенты либо не посещали поликлиники (13 пациентов), либо в прикрепленных ЛПУ не проводили данные исследования или не были направлены специалистами, к которым они обращались (8 пациентов).

Литература

1. Kardas P. Patient compliance with antibiotic treatment for respiratory tract infection / P. Kardas // *Antimicrob Chemother.* – №49. -2002. – P. 897-903.
2. Pechere J.C. Noncompliance with antibiotic therapy for acute community infections: a global survey/ J.C. Pechere, D. Haghes, P. Kardas, G. Cornaglia // *Int J of Antimicrob Agents.* - №29. -2007. - P. 245-53.
3. Compliance aus der Sicht des Patienten // *Dtsch zahnärztl. Z.* – 1989, 44, 5. – P. 315-318.

Э.В. Баширов, Н.И. Дуглас

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САМОФИКСИРУЮЩИХСЯ НИТЕЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МИОМЭКТОМИИ

УДК 618.14-006.36-089.87

Проведен сравнительный анализ эффективности лапароскопической миомэктомии (ЛМ) с ушиванием ложа узла отдельными швами и монофиламентной самофиксирующейся нитью.

Установлено, что использование безузловых швов при ЛМ способствует сокращению длительности ушивания дефекта миометрия, интраоперационной кровопотери, общехирургических рисков и сложности вмешательства, формированию состоятельного рубца на матке за счет полноценного восстановления её анатомии. Статистически значимых отличий показателей длительности операций, сроков госпитализации, уровней гемоглобина и послеоперационных осложнений не было.

Ключевые слова: лапароскопическая миомэктомия, нить V-lock, длительность ушивания дефекта миометрия.

The authors present a comparative analysis of the efficiency of laparoscopic myomectomy (LM) with bed unit closure with individual sutures and a monofilament self-locking barbed suture.

It was found that the use of knotless suture at LM helps to reduce the duration of closure of the myometrium defect, intraoperative blood loss, general surgical risks and the complexity of the intervention, the formation of a wealthy uterine scar due to full recovery of its anatomy. Statistically significant differences in the duration of operations, hospitalization periods, hemoglobin levels and postoperative complications were not observed.

Keywords: laparoscopic myomectomy, barbed suture V-lock, duration of suturing the myometrium defect.

Приоритет органосохраняющих технологий лечения миомы матки (ММ) обусловлен омоложением континген-

БАШИРОВ Эдуард Владимирович – к.м.н., доцент Кубанского ГМУ МЗ РФ, врач акушер-гинеколог Базовой акушерско-гинекологической клиники ун-та, edikbashirov@gambler.ru; **ДУГЛАС Наталья Ивановна** – д.м.н., зав. кафедрой Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, nduglas@yandex.ru.

та женщин, заинтересованных в реализации репродуктивной функции при наличии подобного заболевания. Потребность в совершенствовании аспектов выбора доступа и технологий реконструктивно-пластических операций определяют симптомы, размеры и локализация опухоли, количество миоматозных узлов [2,7]. Несмотря на очевидные преимущества лапароскопической миомэктомии (ЛМ),

безоглядное применение доступа способствовало не только удалению миоматозных узлов, но и вызвало дискуссии о состоятельности рубцов на матке. Случаи разрывов матки по рубцу в родах способствовали изучению рисков, связанных с адекватностью технического восстановления целостности стенок матки при лапароскопии, как и условий заживления шва. Оптимальная регенерация рассеченных