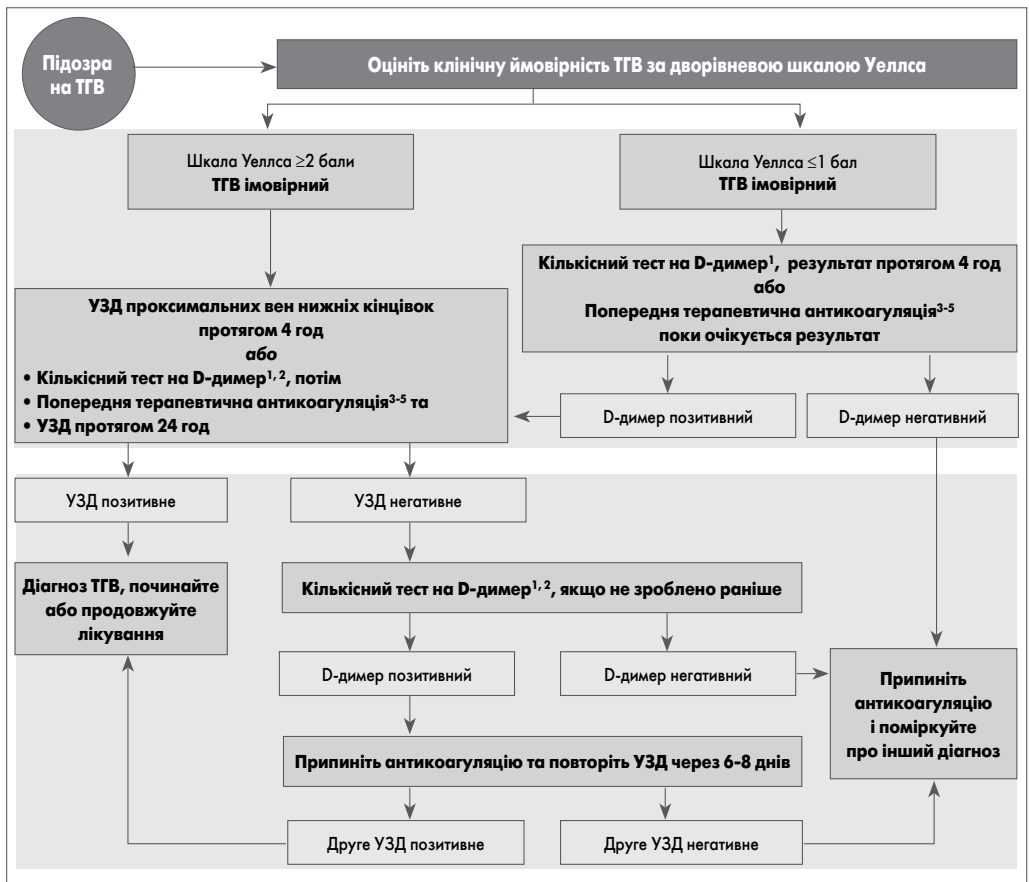


# Венозний тромбоемболізм: діагностика та лікування

**О**новлену настанову Національного інституту охорони здоров'я та вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE, 2020) було розроблено з метою прискорення діагностики та підвищення ефективності лікування венозного тромбоемболізму (ВТЕ) у дорослих пацієнтів. До основних проявів ВТЕ належать тромбоз глибоких вен (ТГВ) та тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), які можуть бути водночас виявлені в одного хворого. У настанові також враховано найпоширеніші стани, за яких зростає імовірність ВТЕ, зокрема тромбофілію та рак. Також надано доказово обґрунтовані рекомендації з вибору антикоагулянтної терапії в різних клінічних ситуаціях. Пропонуємо до вашої уваги узагальнений огляд алгоритмів ведення пацієнтів із ВТЕ.



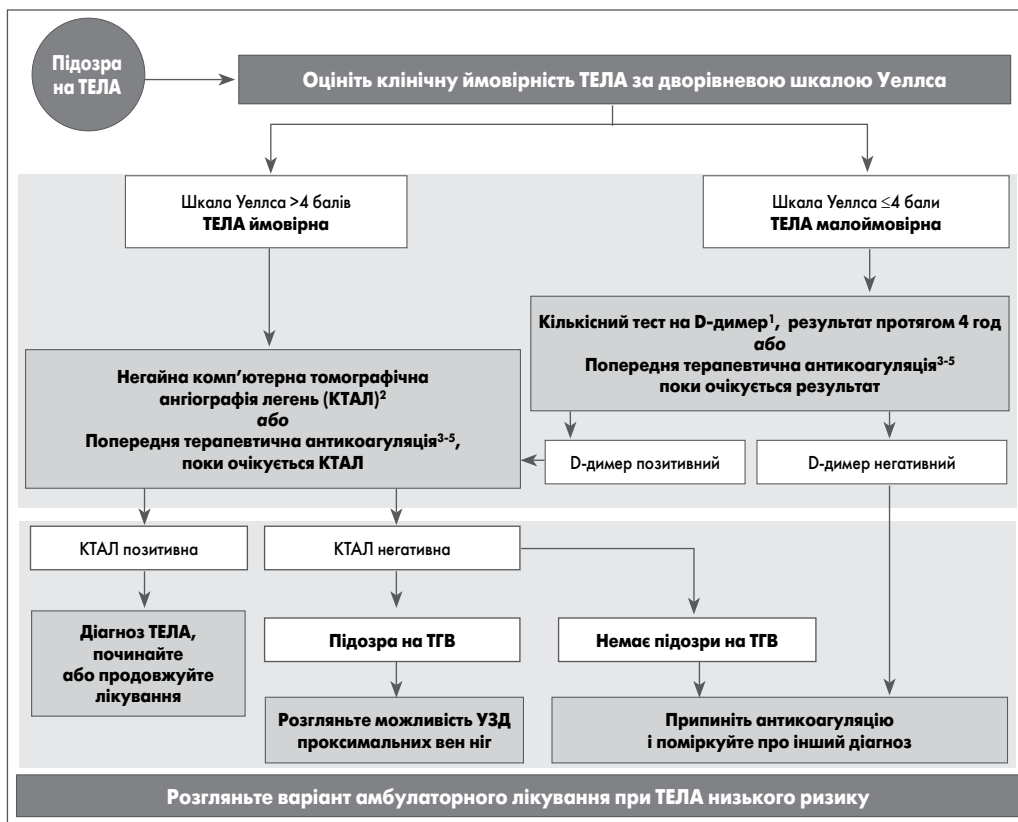
**Рис. 1. Підозра на наявність ТГВ: діагноз і початкова тактика**

Примітки: УЗД – ультразвукове дослідження. <sup>1</sup> Лабораторний або швидкий тест. Слід враховувати, що порогові значення відрізняються за віком (для осіб від 50 років). <sup>2</sup> Достатньо виконати тест на D-димер лише один раз у процесі діагностики.

<sup>3</sup> Варто призначити гемограму, тести на функцію нирок і печінки, протромбінний та активований частковий тромбoplastинний час, але антикоагулянтну терапію розпочинати до отримання результатів, за потреби переплгянути впродовж 24 год.

<sup>4</sup> За можливості розпочинати з антикоагулянту, який можна буде продовжувати вводити, якщо ТГВ підтвердиться.

<sup>5</sup> Антикоагулянти прямої дії та деякі гепарини низької молекулярної маси не мають показань для терапії ТГВ.



**Рис. 2. Підозра на наявність ТЕЛА: діагноз та початкова тактика**

Примітки: <sup>1</sup> Лабораторний або швидкий тест. Слід враховувати, що порогові значення відрізняються за віком (для осіб після 50 років). <sup>2</sup> Перед виконанням КТАЛ слід оцінити можливі протипоказання, такі як алергічні реакції, тяжка дисфункція нирок (кліренс креатиніну <30 мл/хв при розрахунку за формулою Кокрофта – Голта) або високий ризик від опромінення. <sup>3</sup> Варто призначити гемограму, тести на функцію нирок і печінки, протромбіновий і активований частковий тромбластиновий час, але антикоагулянтну терапію розпочинати до отримання результатів, за потреби переглянути впродовж 24 год. <sup>4</sup> За можливості розпочинати з антикоагулянту, який можна буде продовжувати вводити, якщо діагноз ТЕЛА підтвердиться. <sup>5</sup> Антикоагулянти прямої дії та деякі гепарини низької молекулярної маси не мають показань для терапії підозрюваної ТЕЛА.

Клінічні ознаки	Бали
Активний рак (лікування триває або проводилося впродовж останніх шести місяців)	1
Параліч, парез або іммобілізація нижніх кінцівок	1
Постільний режим тривалістю від трьох днів або перенесене хірургічне втручання із загальною чи регіональною анестезією впродовж останніх 12 тижнів	1
Чутливість при пальпації по ходу глибоких вен	1
Набряк усєї ноги	1
Набряк гомілки зі збільшенням окружності на 3 см порівняно зі здоровою стороною	1
Пастозний набряк, більший на кінцівці, з боку якої наявні симптоми	1
Візуалізуються колатеральні поверхневі вени (не варикозно розширені)	1
Попередньо документовані ТГВ	1
Альтернативний діагноз, який однаково або більшою мірою ймовірний, ніж ТГВ	-2
<b>Інтерпретація результатів:</b> ТГВ ймовірний: $\geq 2$ бали ТГВ. Малоймовірний: $\leq 1$ бал	

Клінічні ознаки	Бали
Клінічні ознаки та симптоми ТГВ (щонайменше набряк кінцівки і біль при пальпації по ходу глибоких вен)	3
Альтернативний діагноз менш ймовірний, ніж ТЕЛА	3
Частота серцевих скорочень $\geq 100$ уд./хв	1,5
Іммобілізація тривалістю більш ніж три дні або перенесене хірургічне втручання впродовж останнього місяця	1,5
Попередні випадки ТЕЛА або ТГВ	1,5
Кровохаркання	1
Активний рак (лікування триває або проводилося впродовж останніх шести місяців)	1
<b>Інтерпретація результатів:</b> ТЕЛА ймовірне: $>4$ балів ТЕЛА малоймовірне: $\leq 4$ балів	

Табл. 3. Антикоагулянтна терапія ТГВ або ТЕЛА

<p><b>ТЕЛА</b> з нестабільною гемодинамікою</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Призначте гемограму, тести на функцію нирок і печінки, протромбіновий і активований частковий тромбластиновий час, але антикоагулянтну терапію розпочинайте до отримання результатів.</li> <li>• Перегляньте і за потреби відкоригуйте терапію впродовж 24 год</li> <li>• Призначте антикоагулянтну терапію щонайменше на три місяці. Враховуйте протипоказання, супутні стани та побажання пацієнта</li> <li>• Через три місяці (3-6 місяців при активному раку) оцініть переваги та ризики продовження, припинення або зміни лікування антикоагулянтам. Розгляньте варіант довготривалої терапії для вторинної профілактики*</li> </ul>			
<p><b>Маса тіла</b> При масі тіла &lt;50 або &gt;120 кг доцільно контролювати терапевтичний рівень антикоагулянту Враховуйте вимоги інструкцій із підбору доз антикоагулянтів Дотримуйтеся локального протоколу або порад фахівців вищих рівнів</p>	<p>Немає ураження нирок, активного раку, антифосфоліпідного синдрому</p> <p>Гемодинаміка стабільна</p>	<p>Ниркова дисфункція (за кліренсом креатініну, формула Кокрофта – Голта)</p>	<p>Активний рак (пацієнт отримує цитотоксичну терапію, діагноз встановлено впродовж останніх шести місяців, рецидив, метастатичний або неоперабельний рак)</p>	<p>Антифосфоліпідний синдром (потрійнопозитивний, встановлений діагноз)</p>
<p><b>Моніторингування МНВ</b> Не слід рекомендувати пацієнтам самотійно монітувати МНВ</p>	<p>Розгляньте можливість застосування апіксабану або ривароксабану</p> <p>Якщо жоден не підходить, розгляньте наступні варіанти терапії:</p>	<p><b>Якщо КК 15-50 мл/хв</b>, розгляньте один із наступних варіантів лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• апіксабан</li> <li>• ривароксабан</li> <li>• НМГ щонайменше п'ять днів, потім едоксабан або дабігатран, якщо КК <math>\geq 30</math> мл/хв</li> <li>• НМГ або НФГ разом із АВК щонайменше п'ять днів або поки не буде досягнуто МНВ 2,0 за результатами двох послідовних аналізів; потім продовжуйте терапію лише АВК</li> </ul>	<p>Розгляньте призначення НОАК</p> <p>Якщо НОАК не підходить, розгляньте один із наступних варіантів лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• НМГ</li> <li>• НМГ разом з АВК щонайменше п'ять днів або поки не буде досягнуто МНВ 2,0 за результатами двох послідовних аналізів; потім продовжуйте терапію лише АВК</li> </ul>	<p>Розгляньте застосування НМГ разом з АВК щонайменше п'ять днів або поки не буде досягнуто МНВ 2,0 за результатами двох послідовних аналізів; потім продовжуйте терапію лише АВК</p>
<p><b>Ураження нирок або активний рак</b> Деякі НМГ протипоказані при нирковій дисфункції, більшість антикоагулянтів протипоказані при активному раку</p>	<p>Якщо жоден не підходить, розгляньте наступні варіанти терапії:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• НМГ щонайменше п'ять днів, після чого перейти на дабігатран або едоксабан</li> <li>• НМГ у поєднанні з АВК щонайменше п'ять днів або до досягнення МНВ 2,0 за результатами двох послідовних аналізів; потім продовжуйте терапію лише АВК</li> </ul>	<p><b>Якщо КК &lt;15 мл/хв</b>, розгляньте один із наступних варіантів лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• НМГ</li> <li>• НФГ</li> <li>• НМГ або НФГ разом з АВК щонайменше п'ять днів чи поки не буде досягнуто МНВ 2,0 за результатами двох послідовних аналізів; потім продовжуйте терапію лише АВК</li> </ul>	<p>Враховуйте вимоги інструкцій із підбору доз антикоагулянтів Дотримуйтеся локального протоколу або порад фахівців вищих рівнів</p>	
<p><b>Невдале лікування</b> Якщо антикоагулянтна терапія неефективна:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• перевірте комплаєнс</li> <li>• виключіть інші стани з гіперкоагуляцією</li> <li>• підвищіть дозу або перейдіть на антикоагулянт з іншим механізмом дії</li> </ul>		<p>Враховуйте вимоги інструкцій із підбору доз антикоагулянтів Дотримуйтеся локального протоколу або порад фахівців вищих рівнів</p>		
<p>Примітки: АВК – антагоністи вітаміну К; МНВ – міжнародне нормалізоване відношення; НМГ – низькомолекулярні гепарини; НФГ – нефракціонований гепарин; НОАК – нові пероральні антикоагулянти, КК – кліренс креатініну.</p> <p>*Довготривала антикоагуляція для вторинної профілактики тромбоемболій: коментар комітету із розробки настанови</p> <p>Переваги антикоагулянтної терапії поза межами рекомендованого тримісячного курсу лікування ВТЕ недостатньо вивчені. Тому після трьох місяців (а у хворих на рак – від 3 до 6 місяців) рекомендовано переглянути потребу в антикоагулянтах, оцінити переваги та ризики продовження, припинення або зміни терапії. В цьому проміжку часу мета антикоагуляції змінюється з лікування ВТЕ на зниження ризику рецидиву ВТЕ.</p> <p>Продовження антикоагуляції за межю трьох місяців має меншу користь для пацієнтів зі спровокованими ТГВ або ТЕЛА, якщо провокувальний фактор усунуто або ж він втратив актуальність, оскільки ризик рецидиву низький порівняно з неспровокованими ТГВ чи ТЕЛА. Щодо пацієнтів із неспровокованими ТГВ або ТЕЛА, комітет дійшов згоди, що за умови низької вірогідності кровотеч користь від продовження антикоагуляції перевершує можливі ризики. Шкала HAS-BLED допомагає виявити пацієнтів із неспровокованими ТГВ або ТЕЛА, які мають особливо високий ризик кровотеч і отримують більше користі від припинення антикоагуляції. Натомість немає жодної достатньо надійної шкали для прогнозування рецидивів тромбоемболізму. Комітет вважає, що найкращою опцією для продовження антикоагулянтної терапії має бути той препарат, яким проводилося лікування впродовж перших трьох місяців за умови доброї переносимості. Будь-які переключення з одного антикоагулянту на інший не рекомендовані через можливі нові побічні ефекти, проблеми з комплаєнсом та моніторингом параметрів згортання крові (особливо при переході з НОАК на АВК). Для пацієнтів, яким антикоагулянтну терапію не продовжено, існують докази, що ацетилсаліцилова кислота (АСК) знижує ризик рецидиву ТГВ або ТЕЛА впродовж двох років порівняно з відсутністю будь-якого лікування. Протягом чотирьох років приймання АСК не знижувало частоту тромбоемболічних подій порівняно з відсутністю лікування. Враховуючи ці докази, комітет дійшов згоди, що АСК у дозах 75-150 мг/добу може бути прийнятною опцією для вторинної профілактики ВТЕ у пацієнтів, які не бажають продовжувати антикоагулянтну терапію. У пацієнтів, які отримують тривалу антикоагулянтну терапію або АСК, рекомендовано принаймні щороку проводити переоцінку факторів ризику ВТЕ, кровотеч та загального стану здоров'я.</p>				

Підготував **Сергій Романюк**Оригінальний текст документа читайте на сайті [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)