

Школа

«Избранные вопросы лечения около-и внутрисуставных переломов»

«Обезболивание и предупреждение ВТЭО: что можно сделать для пациента при повреждениях суставов»

Копёнкин С.С. – к.м.н., доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова. г. Москва
Волгоград 15.12.2017 г.

«Выступление осуществляется при финансовой поддержке компании «Берлин-Хеми/А.Менарини». Информация, включенная в презентацию, отражает мнение автора. Компания, также не несет ответственности за возможные нарушения авторских прав в результате публикации и распространения данной информации».

Педикулез abs Чесотка abs
 Санитарная обработка частично
 полностью _____
 подпись [signature]

Вещи: _____
 Документы: удостоверения

Дата и время поступления _____
 Дата и время выписки _____
 Отделение _____

Переведен в отделение _____
 Проведено койко-дней _____
 Виды транспортировки: Может идти PHO ket
 Группа крови O(I) Резус-принадлежность _____
 Побочное действие лекарств _____

АД мм рт. ст. 130/80
 Рост см 180
 Вес кг 76
 Сито _____

1. Фамилия, имя, отчество _____
 2. Пол М. 3. Возраст 64 года Дата рождения _____

вписать адрес, указав для приезжих - область, район, нас. пункт, адрес родственников

телефон _____ телефон родственников _____

5. Место работы, профессия или должность:

пенсионер, инв. 2 гр.

для учащихся - место учебы; для детей - название учебного учреждения, школы;

Инвалид II группы

для инвалидов - род и группа инвалидности, ИОВ - да, нет подчеркнуть

6. Кем направлен больной

_____ название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: **в плановом порядке.**

8. Диагноз направившего учреждения

3/перелом вывих головки правой плечевой кости

9. Диагноз при поступлении

3/перелом головки плечевого сустава
правой плечевой кости
 Дата установления _____

10. Диагноз клинический

Болезни сердечно-сосудистой системы
ИБС, ИМБ, ИБС, ИБС
ИБС, ИМБ, ИБС
ИБС, ИМБ, ИБС
ИБС, ИМБ, ИБС





ТАБЛИЦА 1. Страны, где метамизол выведен из фармацевтического рынка или его прием строго контролируется*

Страна	Принятые меры	Год
Австралия	Импорт запрещен	
Великобритания	Запрещен	1965
Норвегия	Изъят из обращения	1965
Филиппины	Разрешено применение только при отсутствии альтернатив	1976
США	Изъят из обращения	1977
Кувейт	Разрешено применение только парентеральных форм по ограниченным жизненно важным показаниям	1977
Дания	Запрещены метамизол-содержащие комбинированные средства	1978
Италия	Инъекционные формы изъяты из обращения	1979
Саудовская Аравия	Запрещен	1979
ОАЭ	Изъят из обращения	1980
Бангладеш	Разрешено применение только парентеральных форм по ограниченным жизненно важным показаниям	1981
Судан	Разрешена регистрация препаратов только для парентерального введения и с ограниченными показаниями	1982
Египет	Запрещены формы для парентерального введения с содержанием метамизола <1 г	1982
Израиль	Метамизол-содержащие комбинированные средства изъяты из обращения	1983
Бельгия	Разрешено применение только парентеральных форм по ограниченным жизненно важным показаниям	1985
Германия	Метамизол-содержащие комбинированные средства запрещены. Монокомпонентные средства по рецепту	1987
Малазия	Изъят из обращения	1987
Пакистан	Метамизол-содержащие комбинированные средства изъяты из обращения	1987
Гана	Запрещен	1988
Испания	Жесткое ограничение показаний. Метамизол-содержащие комбинированные средства изъяты из обращения	1989
Нидерланды	Изъят из обращения	1989
Швейцария	Жесткое ограничение показаний и назначений	1990
Бахрейн	Запрещен	1992
Греция	Изъят из обращения формы для парентерального введения с содержанием метамизола <1 г	После 1992
Ирландия	Изъят из обращения	После 1992
Мексика	Педиатрические формы изъяты из обращения	После 1992
Перу	Разрешено применение только по строгим показаниям	После 1992
Сингапур	Изъят из обращения	После 1992
Шри Ланка	Инъекционные формы изъяты из обращения	После 1992
Венесуэла	Изъят из обращения	После 1992
Непал	Изъят из обращения	После 1992
Швеция	Изъят из обращения	1998
		1999

* The consolidated list of products whose consumption and/or sale have been banned, withdrawn, severely restricted or not approved by governments. 6th Edition. UN, 1997

Метамизол (Аналгин)

- Риск агранулоцитоза при использовании метамизола составляет не менее 1 случая на 20 000 принимавших в год
- В Швеции частота агранулоцитоза, связанного с приемом метамизола составила 1 случай на 3000 принимавших в год

18/03

3.03.15

Терапевт

Рухмаков

Повод для консультации- предоперационный осмотр.

В анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, принимает ме
мг 2 раза в сутки, не принимает антигипертензивных средств.

На момент осмотра жалоб нет. Анигнозные боли отрицает. В сознании. Ко
физиологической окраски. Отеков нет. Дыхание проводится во все отделы, х
хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС= Ps=70
140/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и моч
норме.

ЭКГ от 17.03.15- ритм синусовый, ЭОС нормально, ГЛЖ, снижение кровос
боковой области

В лабораторных данных- показатели без существенных отклонений от нор
6,6ммоль/л

Заключение: Гипертоническая болезнь 2 стадии риск 4. НК 1 стадии.

Сахарный диабет 2 типа.

Убедительных данных за ОКС на момент осмотра нет.

Рекомендовано: - контроль АД, ЧСС

- контроль ЭКГ

- контроль креатинина, электролитов, гликемии

- Эналаприл 2,5 мг 2 раза в сутки

- Бисопролол 5 мг утром

- Аспирин 125 мг вечером

- сахароснижающая терапия под контролем гликемии

- гастропротекторы

- наблюдение терапевта, эндокринолога по месту жительства

R



ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ

Пациент находился в с
24.03.2015

3.03.2015

Проводилась - инфузионная 800 мл кристаллоидов, волювен 6% 500 мл;
- антибактериальная терапия (см. ниже)
- купирование болевого синдрома: кеторол 1.0 в/в 1р/сутки
- профилактика ВТЭО: клексан (см. ниже)
- профилактика стрессовых язв желудка: омепразол 40 мг в/в 2р/сутки. терапия:
вазопрессорная поддержка - ;
респираторная поддержка - ингаляция увлажненного O2 5 л/мин через назальный катетер
профилактика ТЭО - клексан 0,4 п/к 1 р/сутки
Проводилось эластическое бинтование нижних конечностей.

Антибиотикотерапия по схеме:

Антибиотик	Доза (г)	Введение	Кратность	Назначен	Отменен
Цефтриаксон	2,0	в/в	2 р/сут	23.03.2015	
Метронидазол	0,5	в/в	2 р/сут	23.03.2015	

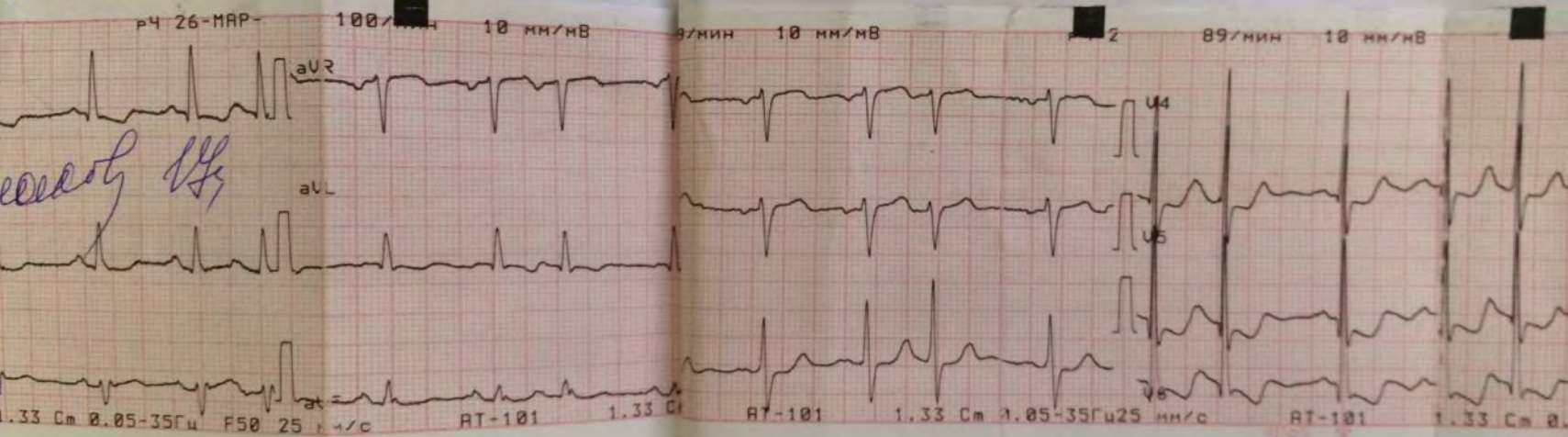
За время лечения состояние пациента - с положительной динамикой.

Для продолжения лечения переводится в 15 травматологическое отделение (ГКБ № 15)

На момент перевода:

5. Состояние сердца
 и сосудов
 (сигналы) (сигналы)
 120 (97-100) (сигналы)
 8 мм/с

По фазе: ритм синусовый,
 с нормальными интервалами
 проводящей системы.



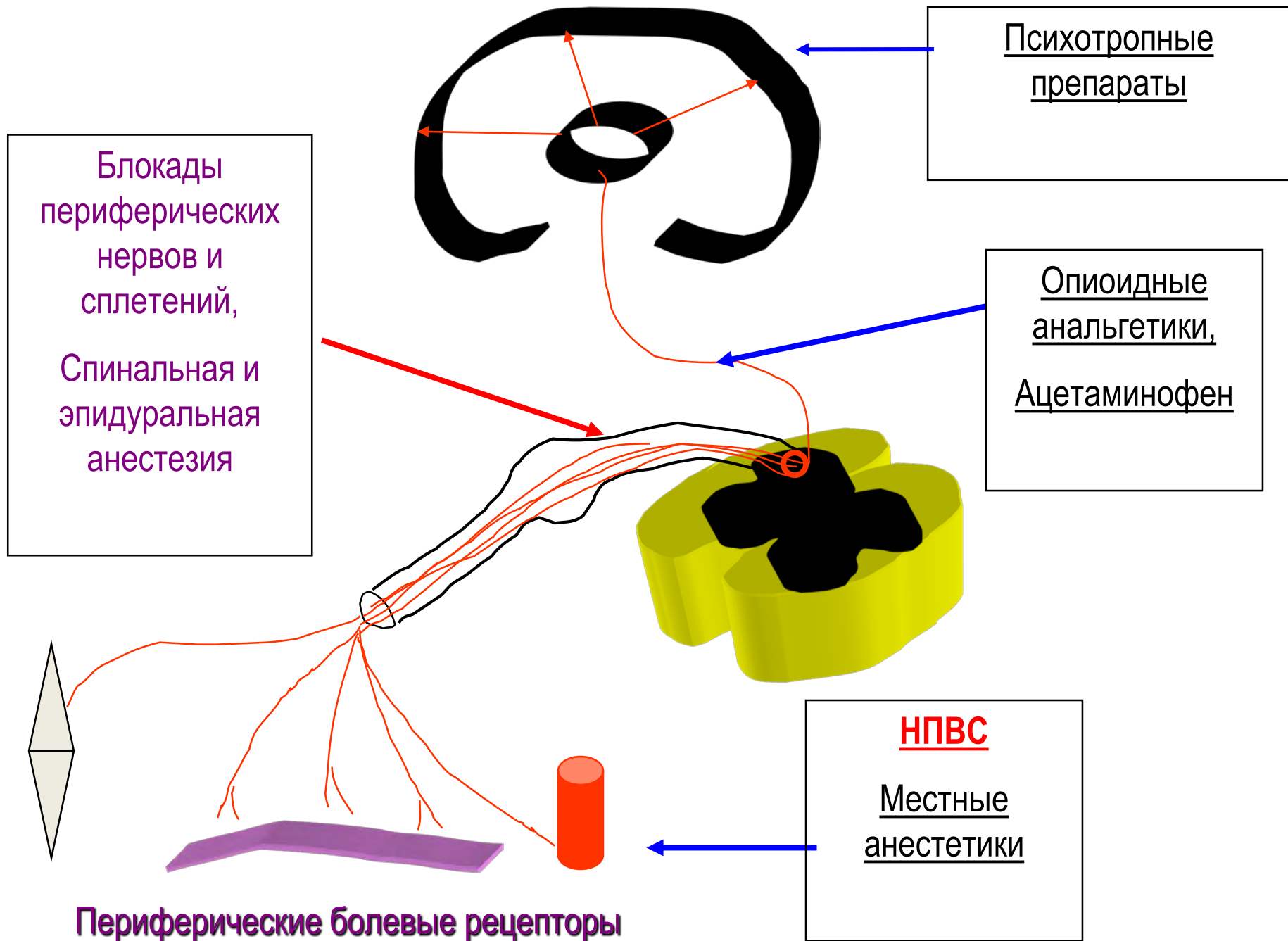
5. С/П/О. Проводящая
 система
 По фазе: Ритм синусовый
 с нормальными интервалами

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ НА ОРГАНЫ И СИСТЕМЫ

Система	Эффект
Сердечно-сосудистая	Тахикардия, гипертензия, аритмии, острая ишемия миокарда
Дыхательная	Снижение ЖЕЛ, ателектазы, гипоксия, пневмония
Центральная нервная	Формирование хронического болевого синдрома
Свертывание крови	Гиперкоагуляция, тромбозы глубоких вен, ТЭЛА

Современный подход к обезболиванию подразумевает применение **МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ:**

одновременное применение двух или более анальгетиков и/или методов обезбоживания, **обладающих различными механизмами действия,** позволяющих достичь адекватного обезбоживания при минимуме побочных эффектов.



НПВП – ОСНОВНЫЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ СРЕДСТВА :

- 1. Боль в периоперационном периоде**
- 2. Острые травмы и иные состояния, сопровождающиеся болью, связанной с повреждением или острым воспалением**
- 3. При острой или хронической мышечно-скелетной боли, возникшей на фоне заболеваний опорно-двигательного аппарата: остеоартроз (ОА), ревматоидный артрит (РА), спондилоартриты (СпА), неспецифическая боль в спине (НБС), подагра и другие метаболические артропатии, локальное воспаление мягких тканей ревматического характера (тендиниты, тендовагиниты, бурситы) и др.**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

- **НПВП наиболее эффективны при проведении ПРЕВЕНТИВНОЙ анальгезии**
- **НПВП должны назначаться на регулярной основе до оперативного вмешательства и курсом в случаях, когда боль сопровождает инвазивное вмешательство**
- **При необходимости НПВП сочетаются с региональной анестезией, опиоидами, но не с другими НПВП**

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

ПАЦИЕНТКА Ф., 79 лет.

Травма в день поступления.

Установлен диагноз: закрытый аддукционный субкапитальный перелом ЛЕВОГО бедра.

Начата подготовка к эндопротезированию.

ВОПРОС: Нуждается ли пациентка в назначении антикоагулянтов и анальгетиков в предоперационном периоде?



ПАЦИЕНТКА Ф., 79 лет.

Назначен НФГ по 5 тыс. ЕД
3 раза в сутки,
НПВП в инъекциях (кеторолак).

Утром в день операции – признаки острой кровопотери, снижение гемоглобина в 2 раза (до 52 г/л).

На ЭГДС- незначительные эрозии слизистой в нижней трети пищевода. Напряженная гематома мягких тканей ПРАВОГО бедра

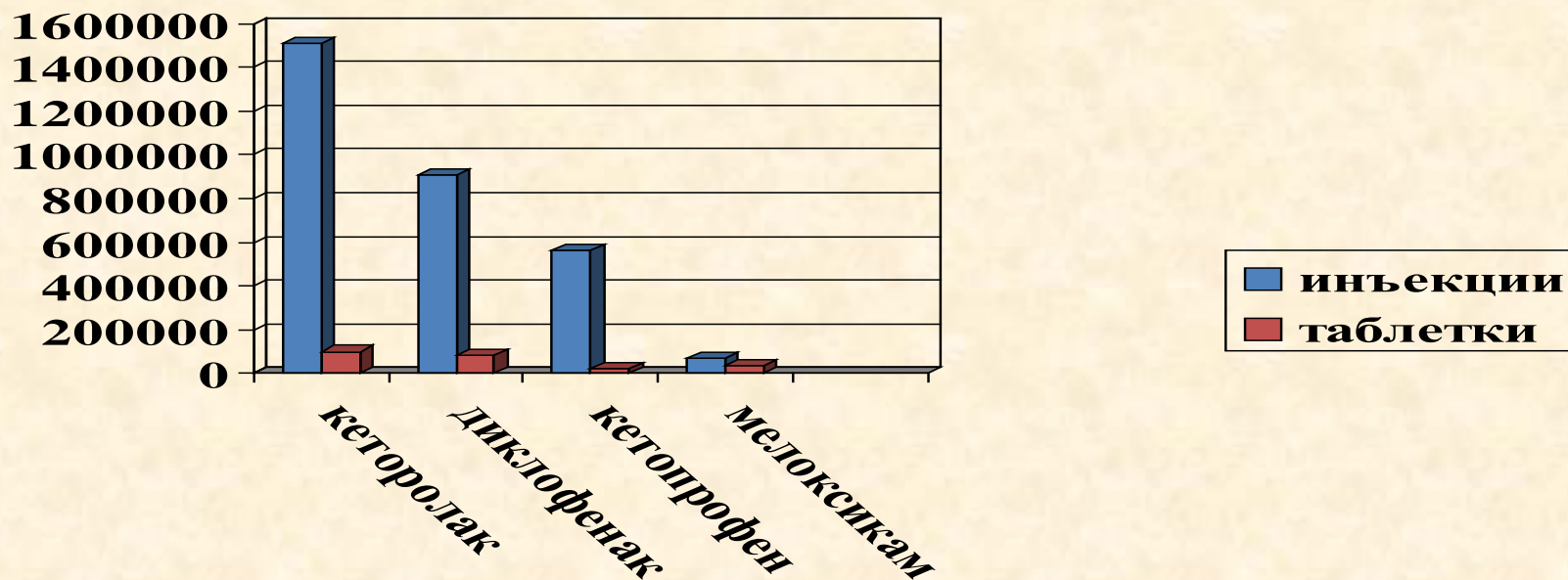


Пациентка Ф., 79 лет





Применение инъекционных и таблетированных форм НПВП (2010 год, госпитальные данные)



К сожалению, в России инъекционные формы являются наиболее используемыми на стационарном этапе лечения

**ВСЕГДА ЛИ
ЦЕЛЕСООБРАЗНА
ИНЪЕКЦИЯ?**

По возможности, надо
использовать
пероральный путь
введения лекарственных
препаратов

РОССИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (2015):

- Использование инъекционных форм НПВП (в/в и в/м введение), а также водорастворимых препаратов для приема внутрь может иметь преимущество по скорости наступления обезболивающего эффекта в сравнении с приемом стандартных таблеток и капсул (1b).
- Преимущество таких методов введения сохраняется **ТОЛЬКО** в течение первых суток лечения.

Риск желудочных кровотечений на фоне лечения НПВС (относительный риск в %)

• Ибупрофен	2,1
• Вольтарен	2,7
• Кетопрофен	3,2
• Напроксен	4,3
• Нимесулид	4,4
• Индометацин	5,5
• Пироксикам	9,5
• Кеторолак	24,5

Arch.Int.Med.1998,158,33

Таблица 2. НПВП, используемые в российской медицинской практике

Действующее вещество	Коммерческие препараты	Разовая доза, мг	Длительность действия, ч.	Лекарственные формы*	Макс. суточная доза, мг
Амтолметил Гуацил	Найзилат	600	6-8	п/о	1800
Ацетилсалициловая кислота	Аспирин	500-1000	4-6	п/о	3000
Ацеклофенак	Аэртал	100-200	12	п/о, местные	200
Декскетопрофен	Дексалгин	12.5-25	4-6	п/о, в/м	75
Диклофенак	Вольтарен, Диклонат, Ортофен, Раптен и др.	50-100	8-12	п/о, в/м, местные	150
Ибупрофен	Нурофен, МИГ, Бруфен, Солпафлекс и др.	200-400	6-8	п/о, местные	2400
Индометацин	Индометацин, Метиндол	25-100	6-12	п/о, свечи	200
Кетопрофен	Аркетал, Быструмкапс, Кетонал, Фламакс, Флексен и др.	50-100	6-12	п/о, в/в, в/м, местные	200
Кетопрофен лизиновая соль	Артрозилен	320	24 ч.	п/о, в/в, в/м, свечи, местные	320
Кеторолак	Кеторол, Кетанов, Долак и др.	10-30	4-6	п/о, в/в, в/м, местные	90
Лорноксикам	Ксефокам	8-16	12	п/о, в/в, в/м	16
Мелоксикам	Мовалис, Амелотекс, Артрозан, Мирлокс, Лем, Мелокс, Мовасин, Мелофлекс и др.	7,5-15	24	п/о в/м, свечи	15
Метамизол	Анальгин, Баралгин	250-1000	4-6	п/о, в/в, в/м, свечи	2000
Напроксен	Напроксен, Напросин, Налгезин, ВИМОВО	250-1000	12	п/о	1250
Нимесулид	Апонил, Найз, Нимесил, Нимулид, Нимулекс, Нимика и др.	100-200	12	п/о, местные	400
Пироксикам	Пироксикам	10-20	24	п/о	40
Теноксикам	Теноктил, Теникам, Тилкотил, Тексамен и др.	20	24	п/о, в/м	40
Целекоксиб	Целебрекс	100-400	12-24	п/о	400
Эторикоксиб	Аркоксиа	60-90	24	Таб.	120

* п/о – пероральные (таблетки, капсулы, суспензии, порошки для приготовления раствора), местные – препараты для кожного нанесения (мази, гели, спрей), в/м – внутримышечно, в/в - внутривенно

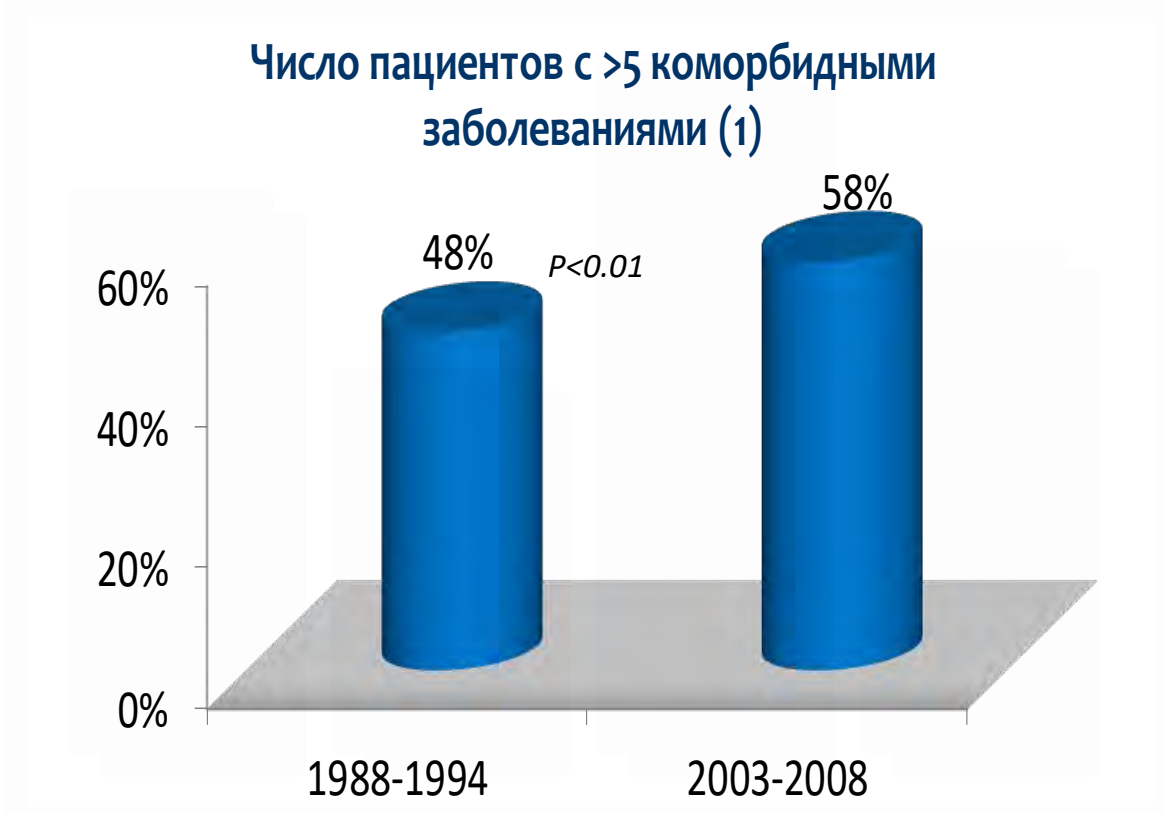
РЕКОМЕНДАЦИИ

Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в клинической практике

Ассоциация ревматологов России,
Российское общество по изучению боли
Российская гастроэнтерологическая ассоциация,
Российское кардиологическое общество
Ассоциация травматологов-ортопедов России,
Ассоциация междисциплинарной медицины,
Российская ассоциация паллиативной медицины

Каратеев А.Е., Насонов Е.
Яхно Н.Н., Ивашкин В.Т.,
Чичасова Н.В., Алексеев
Карпов Ю.А., Евсеев М.
Кукушкин М.Л., Данило

ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ УВЕЛИЧИЛОСЬ

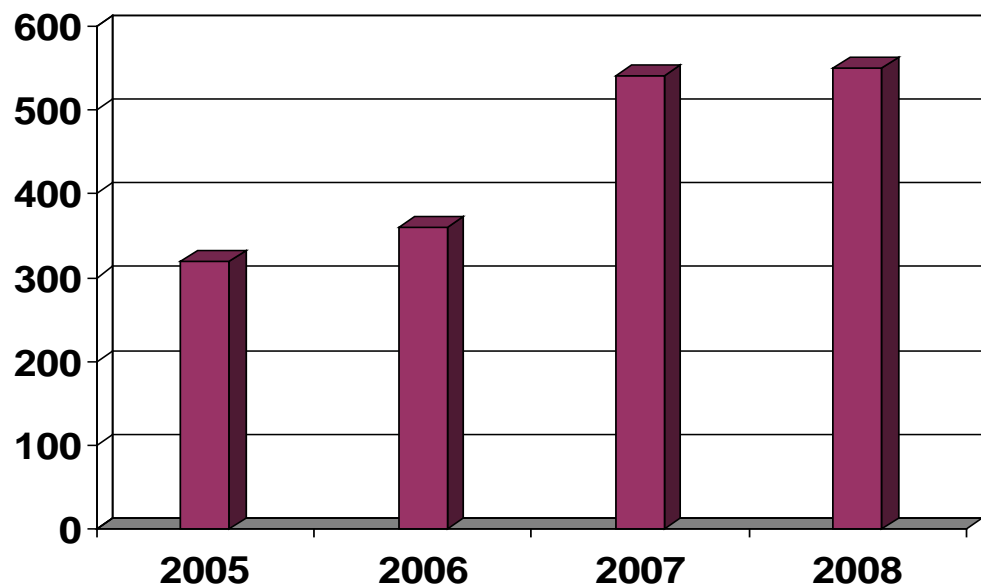


Большинство больных с остеоартритом имеет не менее 3-6 заболеваний²

1. Wong C.Y., et al., 2011

2. Kadam U.T. et al. 2004, Caporali R. Et al.2005, Schellevis et al. 1993

Число больных старше 70 лет, лечившихся в травматолого-ортопедических отделениях ГКБ № 64 Москвы



Декскетопрофена трометамол: Низкий риск развития осложнений со стороны ЖКТ



- **Дексалгин®25** продемонстрировал отличную переносимость
- Возможность развития кровотечений в верхних отделах ЖКТ в 5 раз меньше, чем при приеме кеторолака

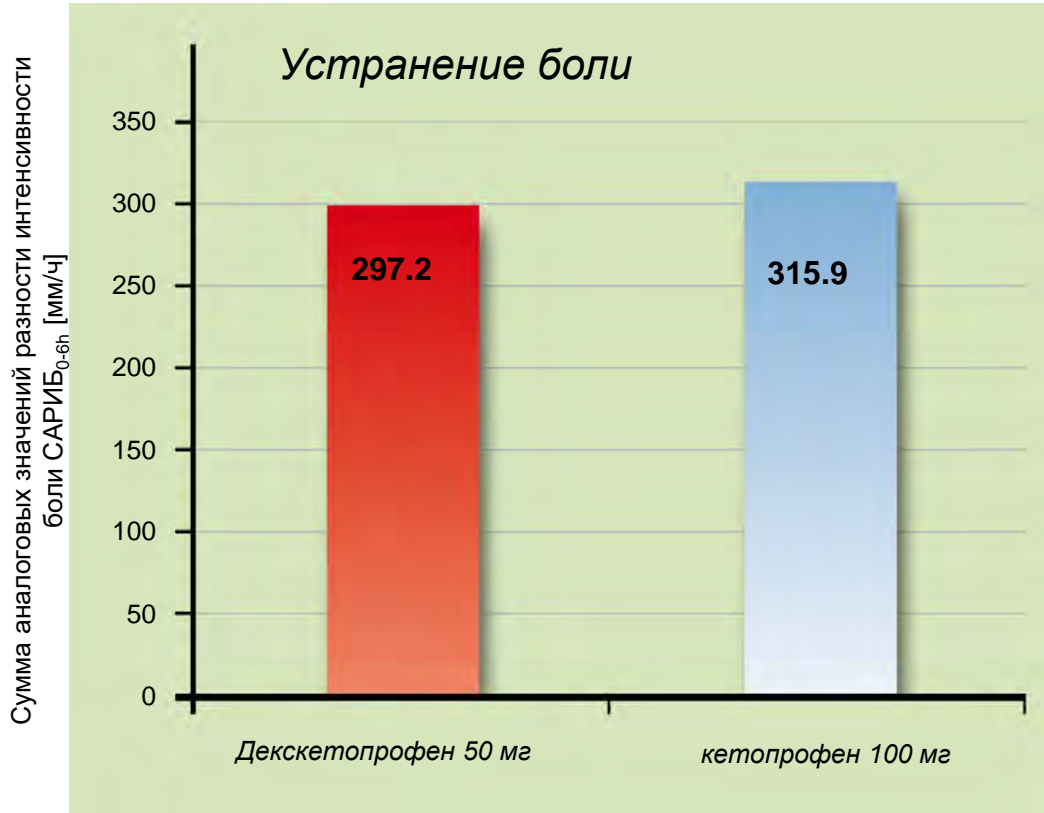
Декскетопрофена трометамол (Дексалгин)
**Содержит только терапевтически
активный S-изомер кетопрофена**

Только S-изомер - **Декс**кетопрофен - проявляет
болеутоляющие и противовоспалительные
свойства, что обеспечивает:

- Эффективное обезболивание при меньшей
(в 2 раза) дозировке, в сравнении с кетопрофеном
рацемической смесью S- и R- изомеров –
- Высокую скорость наступления обезболивания
- Оптимальный профиль безопасности для ЖКТ

Ињекционная форма ДЕКСЕТОПРОФЕНА

в сравнении с кетопрофеном при послеоперационной боли



Zippel, Clin Drug Invest 2006, 26 (9):517-528

Дизайн:

Двойное слепое,
рандомизированное,
мультицентровое

Терапия:

- а) ДЕКС 50 мг, в/в инфузия, каждые 8 часов в течение 2-х дней;
- б) кетопрофен 100 мг, в/в инфузия каждые 8 часов в течение 2-х дней;

Терапия по требованию:

- морфин до 30 мг/день;
- парацетамол до 3г/день.

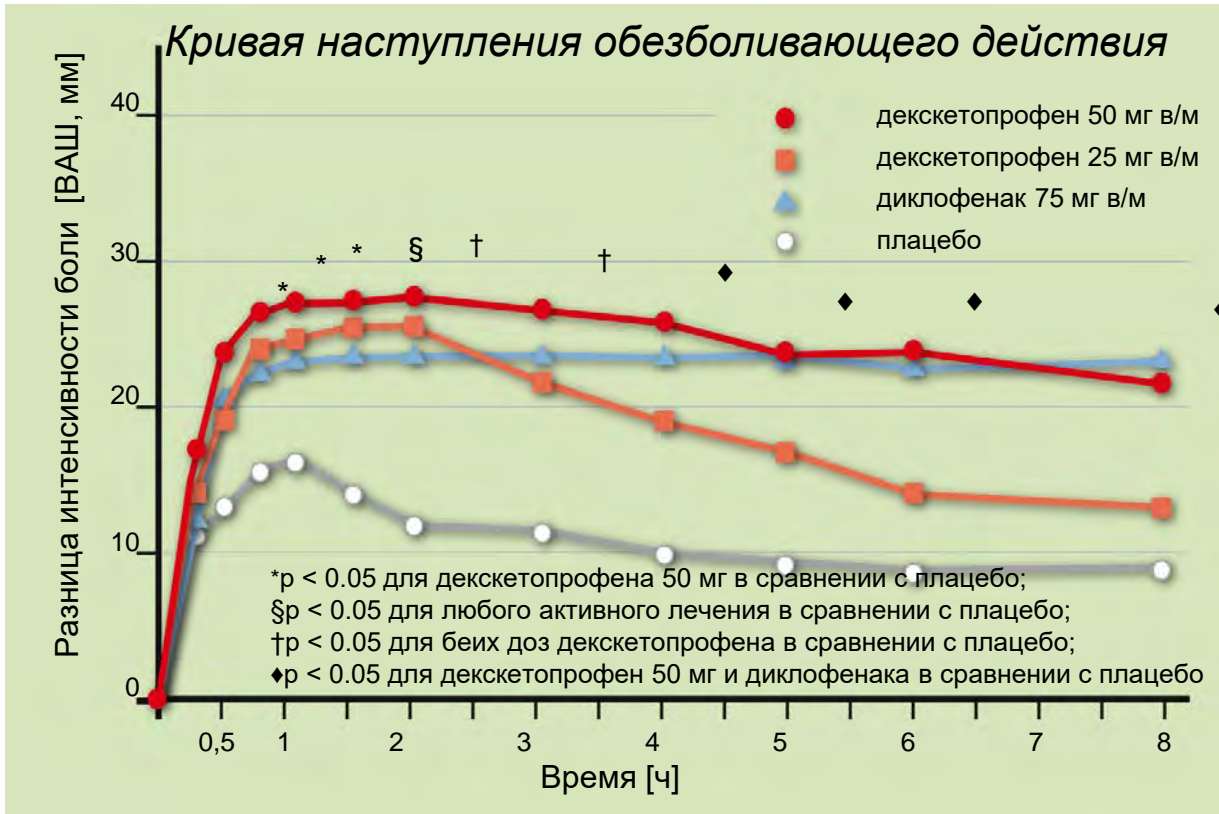
Пациенты:

Перенесшие операцию протезирования сустава; n=252

Доказана сопоставимая эффективность декскетопрофена (50 мг в/в) и кетопрофена (100 мг в/в) в купировании послеоперационной боли, при меньшем количестве побочных эффектов в группе декскетопрофена (16%,) в сравнении с 21,3% в группе кетопрофена

Инъекционная форма ДЕКСКЕТОПРОФЕНА

в сравнении с диклофенаком натрия при послеоперационной боли



Протокол

Многоцентровое, двойное-слепое, рандомизированное исследование.

Терапия

2 в/м инъекции с интервалом в 8 ч

после окончания операции:
Морфин в/м через PCA
(Система контроля пациента)

Пациенты

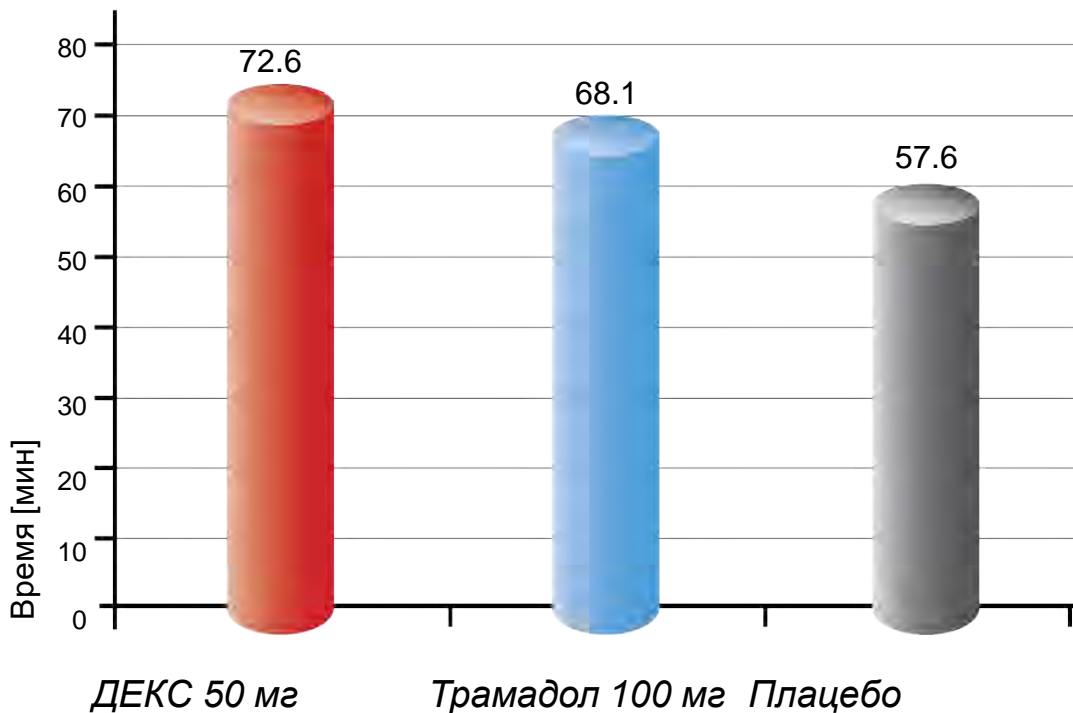
Большие ортопедические операции, гистерэктомии, аднексэктомии;
n=284

Результаты

анальгезия на фоне дексетопрофена наступала быстрее (30 минут), чем на фоне диклофенака (2 часа)

Эффективность ДЕКСКЕТОПРОФЕНА в сравнении с трамаadolом в послеоперационном обезболивании

Наибольший интервал времени до первого
дополнительного введения морфина



(Peat S, 10th World Congress on Pain 2002, San Diego: 945-P215)

Результаты

➤ Интервал времени до
первого дополнительного
обезболивающего введения
морфина наибольший при
введении ДЕКСАЛГИНА

Протокол

Двойное слепое, рандомизированное,
многоцентровое

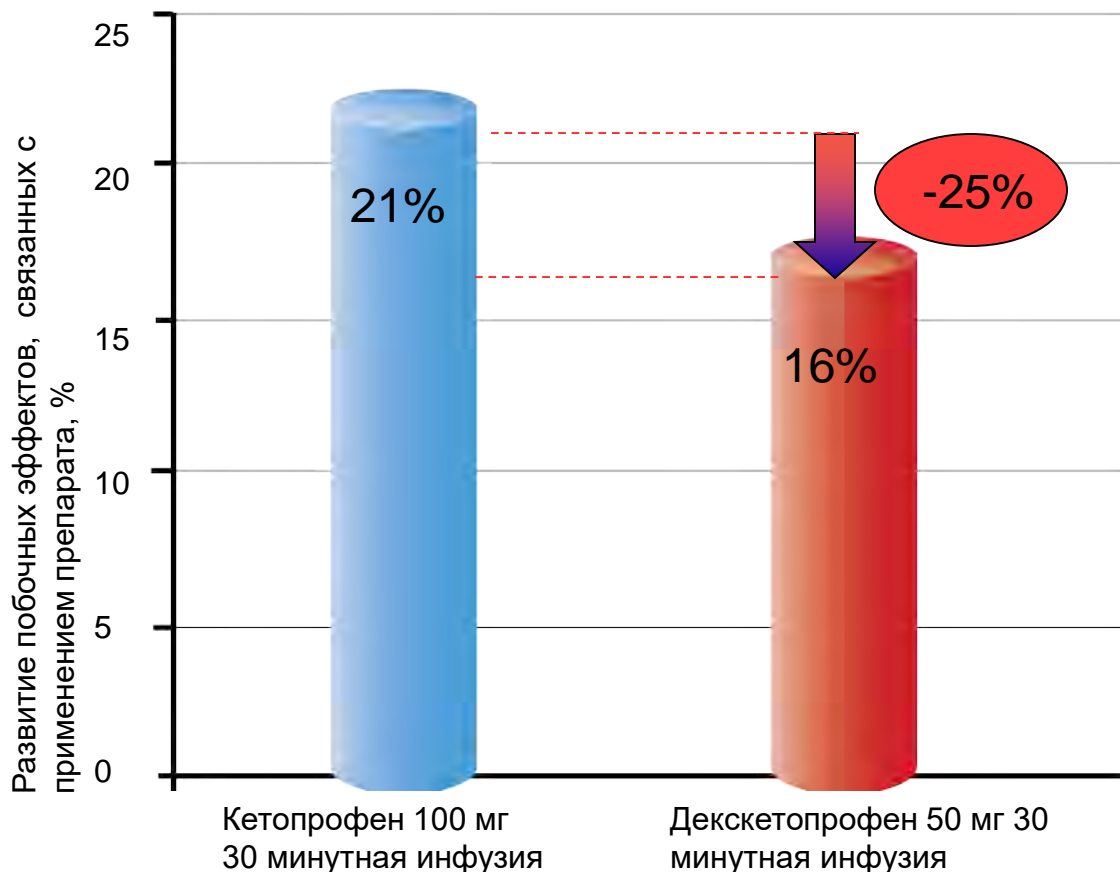
Лечение

а) плацебо,
б) ДЕКС 50 мг, 2 в/в инфузии (за 30
мин до пробуждения + через 6 ч)
в) трамадол 100 мг, в/в болюсом

Пациенты

Большие ортопедические операции
(бедро, коленный сустав); n=215

Декскетопрофен: профиль безопасности



➤ Риск развития побочных эффектов на 25% ниже, чем у 100 мг кетопрофена

Декскетопрофен .

Основные свойства:

- Быстрое начало действия
- Выраженный обезболивающий эффект^{1,2}
- Хорошая переносимость^{3,4}
- Двойной механизм действия (центральный и периферический)

1.Gich I. et al. 1995; (6th Interscience World Conference on Inflammation, Antirheumatics, Analgetics and Immunomodulators. Geneva, March 28-30, 1995)

2.Metscher B, Fortschr Med 2000; 118: 147-151

3.Zippel, Clin Drug Invest, 2006, 26(9), 517-528

4.Laporte JR et al., Drug Safety 2004; 27 (6): 411-420

Декскетопрофена трометамол



Раствор для в/м и в/в введения
25 мг/мл ампулы 2 мл №5



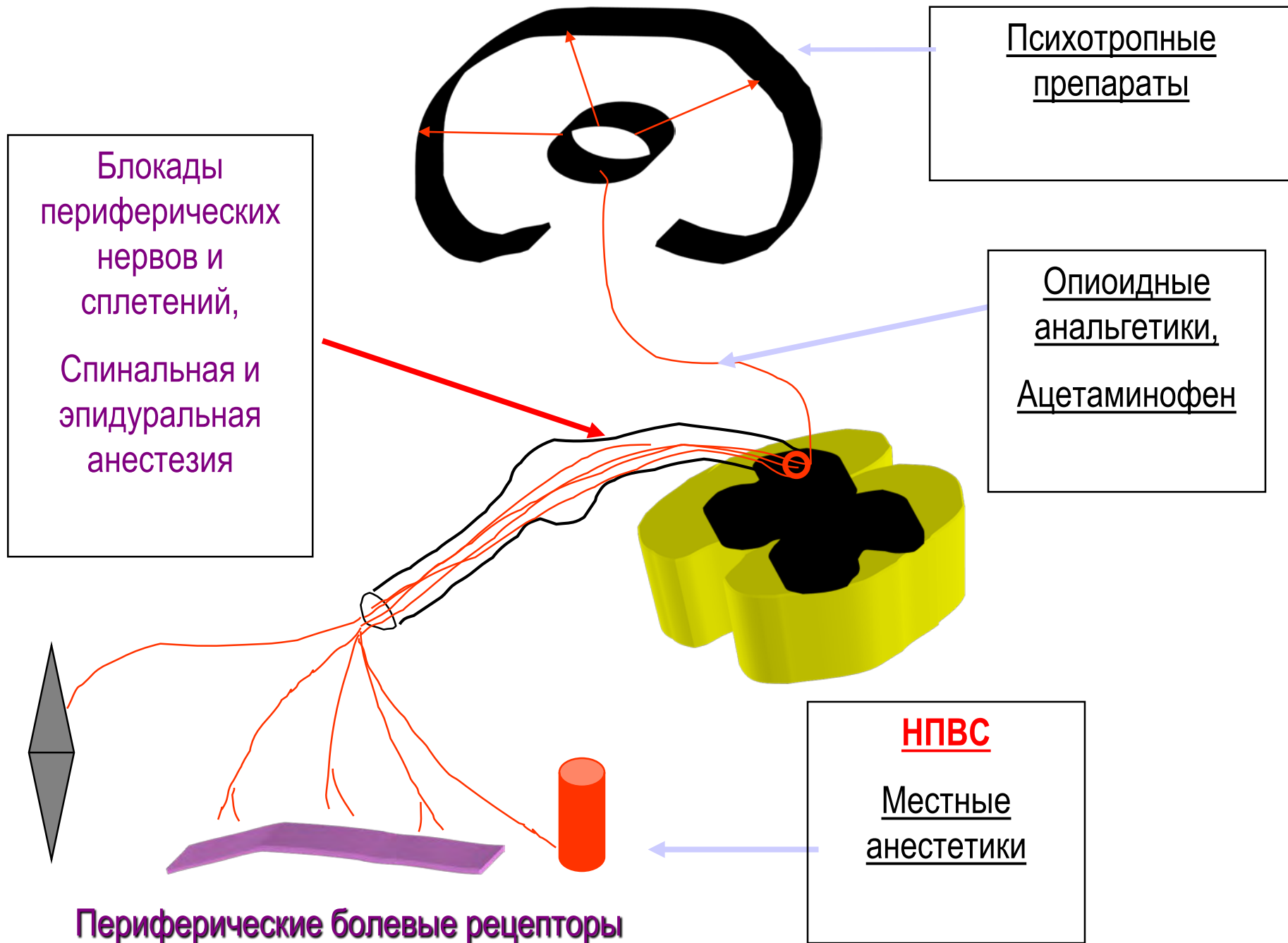
Таблетки, покрытые
оболочкой 25 мг №10

Способ применения и дозы

	Декскетопрофен (Дексалгин) ампулы	Декскетопрофен (Дексалгин25) таблетки
Способ применения	1 ампула каждые 8-12 часов	½ таблетки или 1 таблетка 1-3 раза в сутки
Суточная доза	150 мг (3 ампулы)	75 мг (3 таблетки)
Курс лечения	1-2 дня	3-5 дней

Алгоритм назначения НПВП

Риск осложнений	Низкий со стороны ССС	Средний или высокий со стороны ССС	Очень высокий со стороны ССС
Низкий со стороны ЖКТ	ЛЮБЫЕ	НПВП с меньшим кардио-васкулярным риском	По-возможности, избегать назначения НПВП
Средний со стороны ЖКТ	С-НПВП или Н-НПВП + ИПП	Напроксен + ИПП	По-возможности, избегать назначения НПВП
Высокий со стороны ЖКТ	С-НПВП + ИПП	С-НПВП + ИПП	По-возможности, избегать назначения НПВП

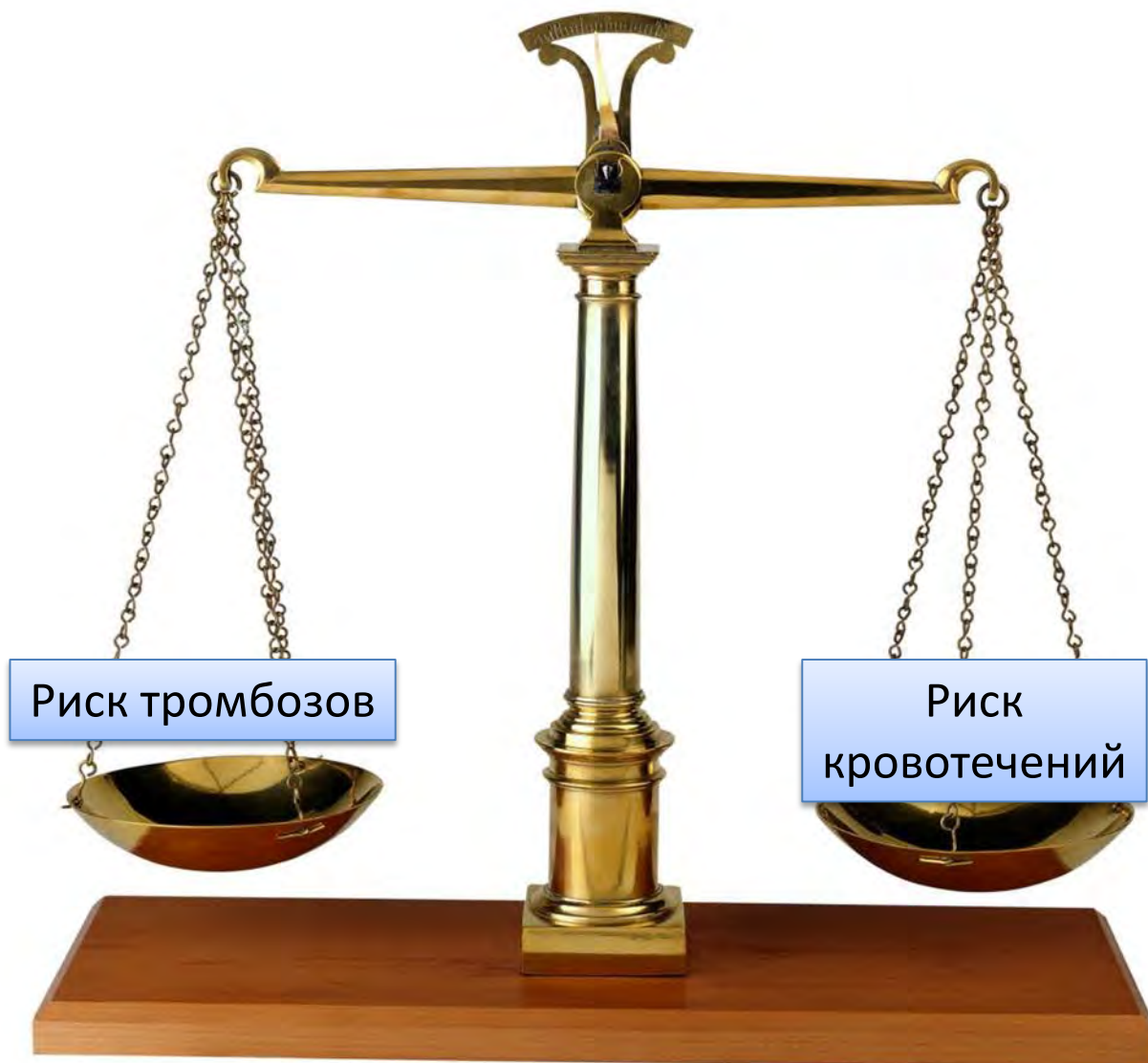


ХII-й век до н.э.

Проход между Сциллой и Харибдой



XXI-й век н.э.



Большие кровотечения на фоне профилактики ВТЭО антикоагулянтами увеличивают риск смерти у хирургических пациентов в 7 раз ($p > 0,001$) !

СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ ВТЭО

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ СРЕДСТВА	АНТИТРОМБОТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ
Восстановление ОЦК	Нефракционированный гепарин
Нормализация гемодинамики	Низкомолекулярные гепарины
Ранняя мобилизация больного	Ингибиторы X-а фактора
Уменьшение травматичности оперативных вмешательств	Ингибиторы тромбина
Последовательная перемежающаяся пневматическая компрессия нижних конечностей	Антагонисты витамина К
Статическая эластическая компрессия нижних конечностей	
Лечебная физкультура	

Российские клинические рекомендации (2012):

- Начинать вводить антикоагулянты после операции можно не ранее, чем будет обеспечен гемостаз.
- При высоком риске кровотечений (или активном кровотечении) начинать профилактику ВТЭО следует с использования только механических способов профилактики (статическая эластическая или ПППК нижних конечностей или венозная помпа для стопы).
- После устранения опасности кровотечения необходимо начать **дополнительно** использовать антикоагулянты.

ПППК

- Система пневматической компрессии создаёт прерывистую компрессию, позволяющую увеличить венозный кровоток у пациентов в тяжёлом состоянии и предотвратить тромбоз глубоких вен



Проведение ПППК во время эндопротезирования тазобедренного сустава



Снижение риска возможных побочных эффектов при применении антикоагулянтов

Учет индивидуальных особенностей пациента!

- **Высокий риск ВТЭО** (анамнез, сопутствующая патология, онкологическое заболевание) – **раннее начало фармакологической профилактики**
- **Высокий риск кровотечения** (низкая масса тела, ревизионное протезирование, нарушение свертывания) – **механические методы профилактики и отсроченное начало введения антикоагулянтов**

Тенденция: «персонализированная медицина»

- Выбор тактики профилактики и препарата с учетом индивидуального риска ВТЭО и кровотечения.
- Подбор вида и дозы антикоагулянта с учетом функции почек пациента, его возраста, массы тела, сопутствующей терапии

НАШИ ДАННЫЕ:

- 134 пациента, оперированных на одной из клинических баз кафедры (ЭТС) в 2010-2012 гг.
- Функцию почек определяли по скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

НАШИ ДАННЫЕ:

У 51 из 134 пациентов (**38,1%**) имелось **снижение функции почек** (СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м²), что соответствовало средней (у 47 больных) или тяжелой (у 4 больных) степени почечной недостаточности.

Выявлено достоверное ($p < 0,05$) снижение СКФ с увеличением возраста с нарастанием частоты почечной недостаточности средней и тяжелой степени:

у 15,9% больных в возрасте до 60 лет,

у 39,3% больных от 61 до 75 лет

у 69% больных старше 75 лет.

Факторы риска послеоперационного кровотечения

- Пожилой и старческий возраст
- Больные с низким ростом и низкой массой тела
- Больные с нарушением функции почек
- Пациенты с возможными нарушениями системы гемостаза (хронические заболевания крови, заболевания печени, прием антиагрегантов)
- Эндопротезирование тазобедренного сустава

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГЕПАРИНОВ

Препарат	Средняя молекулярная масса (дальтон)	Анти- Ха/Анти-IIa	T _{1/2} (часов)
НФГ	16.000	1:1	0,5-1
Парнапарин	5000	1,5-3,0	6,0
Бемипарин	3600	8,0	5,2-5.4
Далтепарин	6000	1,9-3,2	2,3-2,8
Эноксапарин	4500	3,3-5,3	4,0-4,4
Надропарин	4300	2,5-4,0	3,7

**БЕМИПАРИН
(ЦИБОР) –
низкомолекулярный
гепарин
второго поколения**

БЕМИПАРИН

САМАЯ НИЗКАЯ МОЛЕКУЛЯРНАЯ МАССА – 3,6 кД (ИЗ ВСЕХ НМГ)



БЕМИПАРИН:

САМЫЙ ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ (ИЗ ВСЕХ НМГ)

НМГ	Период полувыведения (ч.) <i>(время активности против фактора Ха)</i>
Бемипарин	5,2–5,4
Дальтепарин	2,3–2,8
Эноксапарин	4,0–4,4
Надропарин	3,7

■ Возможность применения 1 раз в сутки

■ Высокая комплаентность пациентов к лечению

БЕМИПАРИН:

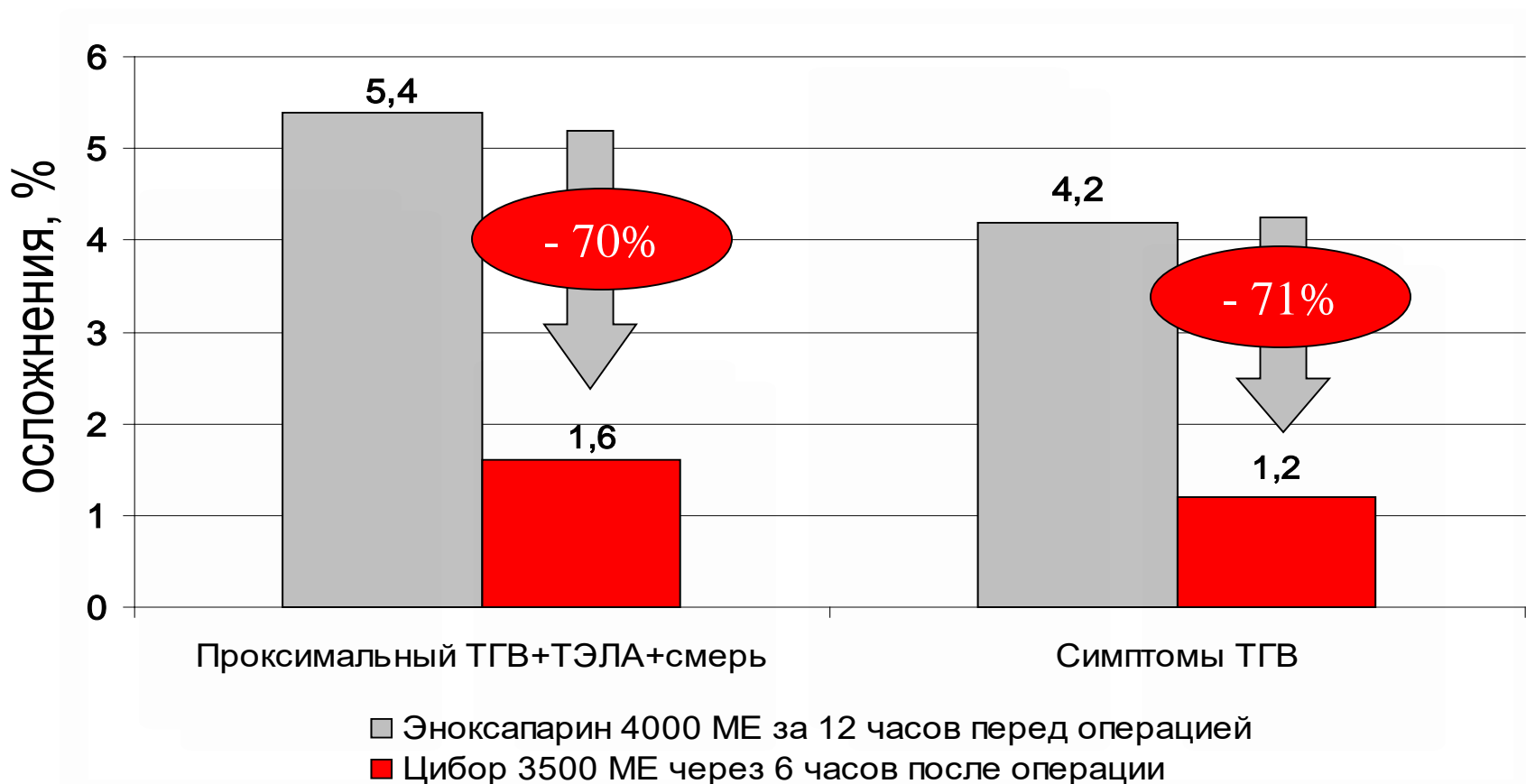
САМАЯ ВЫСОКАЯ СЕЛЕКТИВНОСТЬ В ОТНОШЕНИИ ФАКТОРА Xa (ИЗ ВСЕХ НМГ)



■ Высокая эффективность в профилактике тромбозов (высокая селективность в отношении фактора Xa)

■ Высокая безопасность за счет снижения риска кровотечений (низкая селективность в отношении фактора IIa)

Бемипарин («Цибор» 3500 ЕД) : высокая эффективность в ортопедической хирургии.



БЕМИПАРИН («ЦИБОР»)

- Наименьший молекулярный вес
- Однородность полисахаридных цепей
- Самый большой период полу-жизни
- Самое высокое соотношение анти Ха : анти IIa активности (8:1)
- Удобное дозирование:
 - 2500 МЕ (умеренный и средний риск ВТЭО)
 - 3500 МЕ (высокий риск ВТЭО)
- Высокий профиль безопасности

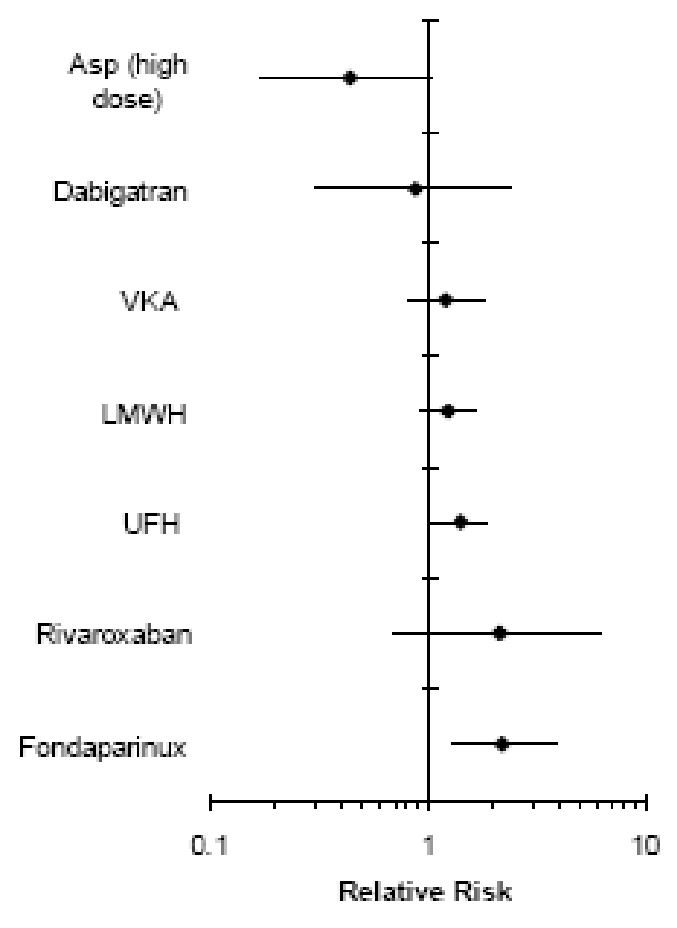
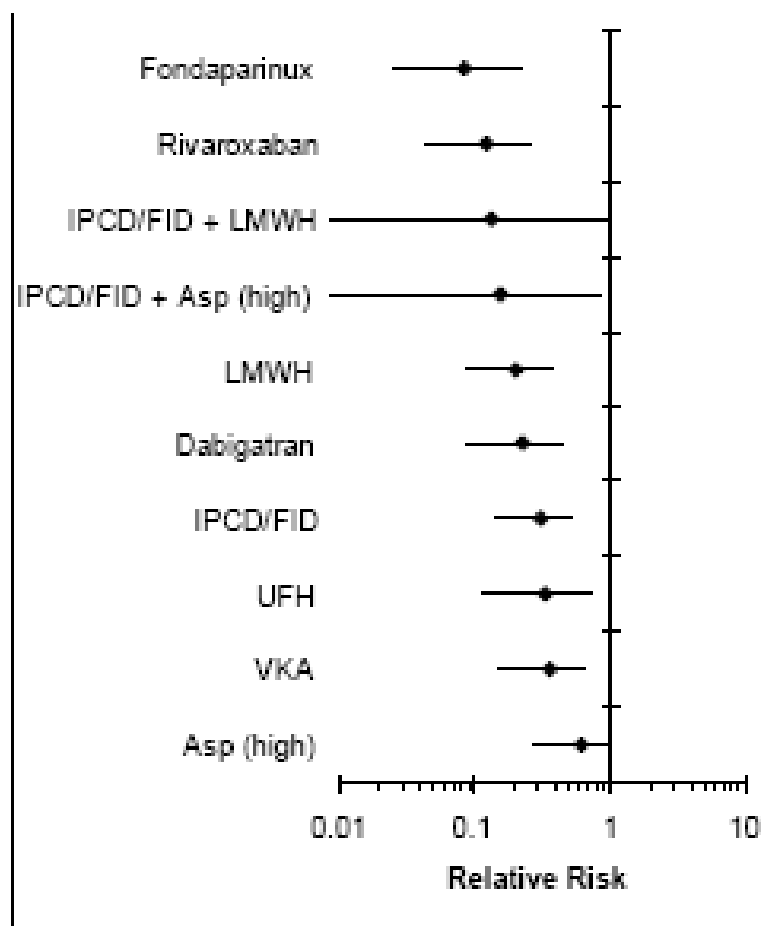
Антикоагулянты, рекомендуемые для профилактики ВТЭО в травматологии и ортопедии (Российские клинические рекомендации)

Планируемое лечение	Рекомендуемые антикоагулянты*	Длительность профилактики
Консервативное лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата, сопровождающееся длительным ограничением подвижности пациента	<ol style="list-style-type: none"> 1. НМГ 2. НФГ 3. Антагонисты витамина К (варфарин) 	До восстановления обычной двигательной активности
Отсроченное оперативное лечение повреждений позвоночника, таза, нижних конечностей (предоперационный период)	<ol style="list-style-type: none"> 1. НМГ 2. НФГ 	До дня операции (дальнейший режим см. ниже)
Остеосинтез бедра	<ol style="list-style-type: none"> 1. Фондапаринукс натрия 2. НМГ 3. Дабигатрана этексилат или ривароксабан** 4. НФГ 5. Антагонисты витамина К (варфарин) 	Не менее 5—6 недель
Эндопротезирование тазобедренного, коленного суставов	<ol style="list-style-type: none"> 1. НМГ или фондапаринукс натрия, или апиксабан, или дабигатрана этексилат, или ривароксабан 2. НФГ 3. Антагонисты витамина К (варфарин) 	Не менее 5—6 недель
Другие большие ортопедические операции на нижних конечностях	<ol style="list-style-type: none"> 1. НМГ 2. Дабигатрана этексилат или ривароксабан** 3. НФГ 4. Антагонисты витамина К (варфарин) 	До восстановления обычного двигательного режима
Другие операции на опорно-двигательном аппарате	<ol style="list-style-type: none"> 1. НМГ 2. Дабигатрана этексилат** 3. НФГ 4. Антагонисты витамина К (варфарин) 	До восстановления обычной двигательной активности

* препараты пронумерованы в порядке приоритетности назначения (в соответствии с накопленной доказательной базой и суждением экспертов);

** эти лекарственные средства изучены при эндопротезировании тазобедренного и коленного сустава, однако, согласно регистрации в Российской Федерации, могут использоваться и. при указанных ортопедических операциях.

Риск ТГВ и кровотечения при профилактике ВТЭО



Published by the National Clinical Guideline Centre - Acute and Chronic Conditions (formerly the National Collaborating Centre for Acute Care) at The Royal College of Physicians, 11 St Andrews Place, Regent's Park, London, NW1 4LE

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ

- Диагностировано 123 ТЭЛА (0.3%), из них треть 38 (0,1%) – фатальные. Наибольшая летальность была после ампутаций нижней конечности и после ЭТС по поводу переломов шейки бедра
- В среднем ВТЭО развивались на 16 день после выполненных операций
- **ТГВ после ЭТС в среднем развивался на 26 день, после ЭКС – на 6 день**
- 92 % ТГВ после ЭТС диагностированы амбулаторном этапе, при ЭКС 45% ТГВ были выявлены в стационаре.

Symptomatic venous thromboembolism and mortality in orthopaedic surgery – an observational study of 45 968 consecutive procedures

Lasse J Lapidus^{1*}, Sari Ponzer¹, Hans Pettersson² and Edin de Bri¹

Данные проекта «Территория безопасности-1»

Продолжительность медикаментозной профилактики при эндопротезировании в РФ (n=3836)

Продолжительность профилактики после операции	Число больных
До 7 дней	195
7-10 дней	1544
Более 10 дней	1748 (только 50 %)

Продолжительность профилактики в травматологии и ортопедии

- Оптимальным является **продолжение профилактики до тех пор, пока сохраняется риск развития ВТЭО - до восстановления обычной двигательной активности больного.**
- У больных с повреждением спинного мозга рекомендуемая продолжительность профилактики составляет минимум 3 мес (или до окончания периода реабилитации в условиях стационара).
- После операций по поводу переломов бедра (особенно его проксимального отдела), костей таза, эндопротезирования тазобедренного и коленного сустава введение антикоагулянтов следует продолжать **до 5–6 недель.**

НОВЫЕ ПЕРОРАЛЬНЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ В РФ

- Прямой ингибитор фактора Ха **апиксабан можно применять после планового эндопротезирования тазобедренного и коленного сустава.** Препарат назначают через 12-24 часа после окончания вмешательства по 2,5 мг 2 раза в сутки
- Прямой ингибитор фактора Ха **ривароксабан можно применять после больших ортопедических оперативных вмешательств на нижних конечностях.** Препарат назначают через 6–10 ч после завершения операции по достижении гемостаза в суточной дозе 10 мг.
- Прямой ингибитор тромбина **дабигатрана этексилат можно применять после ортопедических операций** через 1–4 ч после завершения вмешательства по достижении гемостаза в половинной суточной дозе (1 капсула), со 2-го дня переходя на обычную суточную дозу.

Российские клинические рекомендации (2012)

Антикоагулянты, рекомендуемые для профилактики ВТЭО

Проводимое лечение	Рекомендуемые антикоагулянты*	Длительность профилактики
Консервативное лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата, сопровождающееся длительным ограничением подвижности пациента	1. НМГ 2. НФГ 3. Антагонисты витамина К (варфарин)	До восстановления обычной двигательной активности
Отсроченное оперативное лечение повреждений позвоночника, таза, нижних конечностей (предоперационный период)	1. НМГ 2. НФГ	До дня операции (дальнейший режим см. ниже)
Остеосинтез бедра	1. Фондапаринукс натрия 2. НМГ 3. Дабигатрана этексилат или ривароксабан ** 4. НФГ 5. Антагонисты витамина К (варфарин)	Не менее 5—6 недель

* препараты пронумерованы в порядке приоритетности назначения (в соответствии с накопленной доказательной базой и суждением экспертов);

** эти лекарственные средства изучены при эндопротезировании тазобедренного и коленного сустава, однако, согласно регистрации в Российской Федерации, могут использоваться и при указанных ортопедических операциях.

Российские клинические рекомендации (2012)

Антикоагулянты, рекомендуемые для профилактики ВТЭО

Проводимое лечение	Рекомендуемые антикоагулянты*	Длительность профилактики
Эндопротезирование тазобедренного, коленного суставов	1. НМГ или фондапаринукс натрия, или апиксабан, или дабигатрана этексилат, или ривароксабан 2. НФГ 3. Антагонисты витамина К (варфарин)	Не менее 5—6 недель
Другие большие ортопедические операции на нижних конечностях	1. НМГ 2. Дабигатрана этексилат или ривароксабан 3. НФГ 4. Антагонисты витамина К (варфарин)	До восстановления обычного двигательного режима
Другие операции на опорно-двигательном аппарате	1. НМГ 2. Дабигатрана этексилат** 3. НФГ 4. Антагонисты витамина К (варфарин)	До восстановления обычной двигательной активности

* препараты пронумерованы в порядке приоритетности назначения (в соответствии с накопленной доказательной базой и суждением экспертов);

** эти лекарственные средства изучены при эндопротезировании тазобедренного и коленного сустава, однако, согласно регистрации в Российской Федерации, могут использоваться и при указанных ортопедических операциях.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ГРУППАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ СОСТОЯНИЙ:

Пример

Критерии качества специализированной медицинской помощи взрослым и детям при переломах костей верхних и нижних конечностей и костей плечевого пояса (коды по МКБ – 10: S42; S52; S62; S72; S82; S92; T02.2-T02.6)

№ п/п	Критерия качества	Оценка выполнения
1.	Выполнен осмотр врачом-травматологом-ортопедом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
2.	Выполнена рентгенография не позднее 1 часа от момента поступления в стационар	Да/Нет
3.	Выполнено обезболивание не позднее 1 часа от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)	Да/Нет
4.	Выполнена компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография и/или ультразвуковое исследование (при внутрисуставных переломах)	Да/Нет
5.	Выполнена стабилизация и/или репозиция и/или иммобилизация перелома и/или хирургическое вмешательство не позднее 3 часов с момента поступления в стационар (в зависимости от медицинских показаний)	Да/Нет
6.	Достигнута стабилизация и/или репозиция перелома на момент выписки из стационара	Да/Нет
7.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	Да/Нет
8.	Отсутствие тромбоэмболических осложнений в период госпитализации	Да/Нет

А ПОЗИТИВ ?

НУЖНЫ МАЖОРНЫЕ НОТЫ!

«Жить ста́ло лу́чше, жить ста́ло веселе́е!»

«Жить стало лучше, товарищи. Жить стало веселее. А когда весело живется, работа спорится... Если бы у нас жилось плохо, неприглядно, невесело, то никакого стахановского движения не было бы у нас»

[Генеральный секретарь ЦК ВКП(б) И. В. Сталин , из выступления на Первом всесоюзном совещании рабочих и работниц — стахановцев.17 ноября 1935 года .

- По мнению отдельных комментаторов, «злая ирония» фразы заключается в том, что произнесена она была накануне пика массовых репрессий конца 1930-х годов. В этом значении фразу часто используют авторы, критически относящиеся к деятельности И. В. Сталина, отмечая ею «ложный оптимизм», «некий подвох» в том, что внешне кажется или пытаются представить положительным явлением.

«Сталинград» ????



"Большой террор": 5 августа 1937 г. – 15 ноября 1938 г.
За это время арестовано по политическим обвинениям –
около 1,7 млн. человек.
Из них расстреляно – около 700 тыс. человек.
Для сравнения: за 1930-1936 и 1939-1953 гг.
расстреляно около 100 тыс. человек.

"The Great Terror": August 5, 1937 – November 15, 1938.
During this period
- Approx. 1.7 million people were arrested on political charges
- 700 000 of those were executed
For the purposes of comparison: between 1930 – 1936
and between 1939 – 1953
approximately 100,000 people were executed in total.

16 часов назад, источник: [РИАЦ](#)

В Волгоградской области майские указы президента выполняются безукоризненно

На пресс-конференции Владимира Путина прозвучала тема выполнения майских указов президента России.

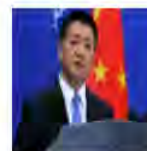
Владимир Путин рассказал, что «примерно 93–94 процента заявленных целей достигнуты. Это касается и зарплат в бюджетной сфере. Ставилась задача по ликвидации аварийного жилья, в целом она практически решена. Задачу по обеспечению детей местами в детсадах практически решили. Есть всего несколько регионов, где работа не закончена. Майские указы выполняются в целом удовлетворительно».

Novostionline



Песков рассказал о своём возможном увольнении: когда и почему

ВАЖНО



СМИ: Китай объяснил президенту США, кто победил ИГ в Сирии

РБК



МОК снял с двукратной олимпийской чемпионки обвинения

НЕДВИЖИМОСТЬ



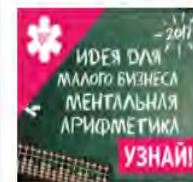
Путин предложил освободить пенсионеров от налогов за шесть со

РБК



Путин задал вопрос, как Родченков провез препараты через таможню

Идея малого бизнеса



Новин
70 000
месяц
окупа
Прове

ip.smartykids.ru Адрес и

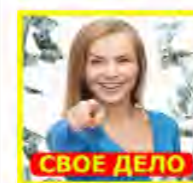
Бизнес без прямой к



Вы бу
ствен
телем
бизнес
город

franchising5.su Волгогр

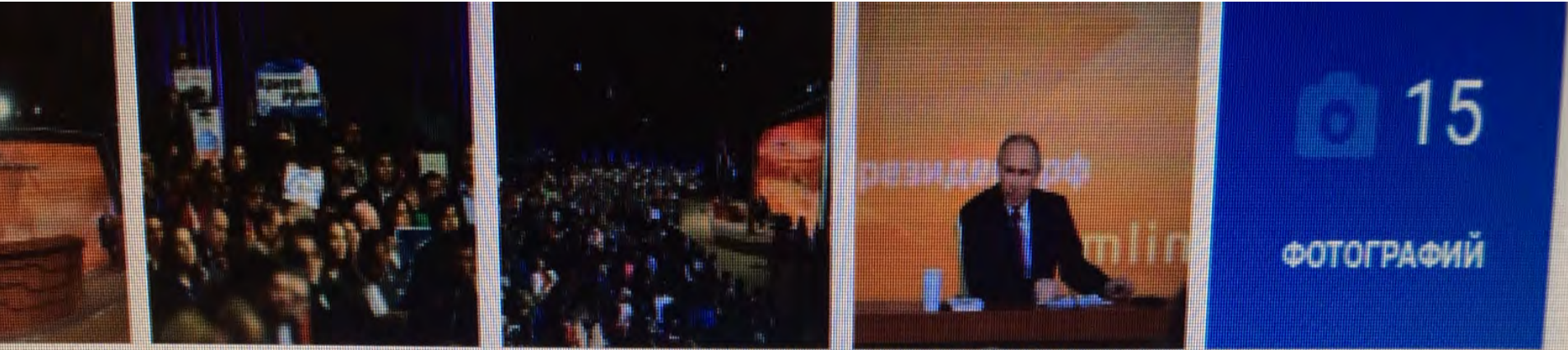
Готовый бизнес Гара



Влож
руб. Ф
Гаран
120 00

lozhkini.ru Волгоград

14 ДЕКАБРЯ 2017 ГОДА



«Объем денег, которые выделяются (на закупку препаратов и медоборудования — ред.), недостаточен. Я уже дал поручение правительству — мы увеличим количество денег, выделяемых на соответствующие медикаменты, в том числе, на обезболивающие лекарства, и увеличим количество денег на приобретение необходимого оборудования, в том числе и для тех людей, которые нуждаются в использовании этого оборудования на дому», — сказал Путин.

По его словам, в то время средняя продолжительность жизни увеличилась в России с 65 до почти 73 лет, количество людей, страдающих тяжелыми заболеваниями, растет.

- БОЛЬНОЙ НЕ ДОЛЖЕН УМЕРЕТЬ ОТ ВТЭО!
- БОЛЬНОМУ НЕ ДОЛЖНО БЫТЬ БОЛЬНО!
- НАДО ВЫБИРАТЬ ЛУЧШИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ИЗ ВОЗМОЖНЫХ