

KĄ NAUJO SIŪLO 2019 M. PLAUČIŲ EMBOLIJOS DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO REKOMENDACIJOS?

Venų tromboembolija, kliniškai pasireiškianti giliųjų venų tromboze arba plaučių arterijos tromboembolija, visame pasaulyje yra trečias dažniausias ūmus širdies ir kraujagyslių sistemos sindromas po miokardo infarkto ir galvos smegenų insulto. Remiantis epidemiologinių tyrimų duomenimis, plaučių embolijos atvejų dažnis per metus svyruoja nuo 39-115 atv./100 tūkst. populiacijos. 2019 m. rugsėjo mėn. Europos kardiologų draugija kartu su Europos respiratologų draugija atnaujino ūmios plaučių tromboembolijos diagnostikos ir gydymo rekomendacijas. Nuo paskutinių rekomendacijų leidimo atsirado naujų žinių apie plaučių embolijos diagnostiką, vertinimą ir gydymą. Jos buvo sujungtos su anksčiau turėtomis žiniomis ir parengtos atnaujintos rekomendacijos apie pacientų, kuriems įtariama ar patvirtinta plaučių embolija, priežiūros strategiją. Šio straipsnio tikslas yra apžvelgti 2019 m. Europos kardiologų draugijos ūmios plaučių tromboembolijos diagnostikos ir gydymo gairių, parengtų bendradarbiaujant su Europos respiratologų draugija, naujienas ir pakeitimus.

NAUJI 2019 M. GAIRIŲ ASPEKTAI

Plaučių embolijos diagnostika

2019 m. atsirado keli plaučių embolijos diagnostikos rekomendacijų pakeitimai – fiksuotas D-dimerų koncentracijos kraujyje ribas galima keisti pagal amžių ar klinikinę tikimybę perskaičiuotomis vertėmis, kadangi D-dimerų tyrimo specifiskumas diagnozuojant plaučių emboliją mažėja vyresnio amžiaus žmonėms, o esant vienam ar daugiau klinikinių simptomų plaučių emboliją įtarti reiktų ir esant mažesniai D-dimerų kiekiui padidėjimui. Taip pat atnaujintas radiacijos dozavimas kompiuterinės tomografijos (KT) angiografijos ir plaučių scintigrafijos metu diagnozuojant plaučių emboliją.

Rizikos vertinimas

Vertinat plaučių embolijos riziką, naujos gairės nurodo aiškų hemodinaminio nestabilumo ir didelės rizikos plaučių embolijos apibrėžimą (1 lentelė). Didelės rizikos plaučių embolija nustatoma, kai yra he-

modinamikos nestabilumas ir dešinio skilvelio disfunkcija elektrokardiogramoje (EKG) ir/ ar krūtinės ląstos KT angiografijoje. Pacientams, priklausantiems mažos rizikos grupei pagal klinikinį rizikos vertinimo balą, dešinio skilvelio disfunkcija gali turėti įtakos ankstyvoms išėjimams. Taip pat visada rekomenduojama vertinti plaučių embolijos sunkumą, su ankstyva plaučių embolija susijusią riziką, gretutines ligas ar būkles, kurios gali sunkinti plaučių emboliją bei bendrą mirties riziką.

1 lentelė.

Hemodinaminio nestabilumo apibrėžimas

| Širdies sustojimas | Obstrukcinis šokas | Išliekanti hipotenzija |
|------------------------|--|--|
| Reikalingas gaivinimas | Sistolinis kraujo spaudimas (KS) < 90 mmHg arba reikalinga skirti vazopresorius tam, kad būtų palaikytas sistolinis KS ≥ 90 mmHg ir organų hipoperfuzijos požymiai (pablogėjusi psichinė būklė, oligurija/ anurija, šalta bei drėgna oda ir kt.) | Sistolinis KS < 90 mmHg arba sistolinio KS sumažėjimas ≥ 40 mmHg, trunkantis ilgiau nei 15 min. nesant naujai atsiradusios aritmijos, hipovolemijos ar sepsio. |

Gydymas

2019 m. iš pagrindų pertvarkytas plaučių embolijos diagnostikos ir gydymo gairių skyrius apie hemodinaminės ir respiracinės funkcijos palaikymą esant didelės rizikos plaučių embolijai. Išskiriamos deguonies terapijos ir ventilacijos, farmakologinio ūmaus dešinio skilvelio nepakankamumo gydymo bei mechaninės kraujotakos palaikymo ir oksigenacijos rekomendacijos. Taip pat paruoštas didelės rizikos plaučių embolijos diagnostikos ir gydymo algoritmas (1 pav.). Naujos gairės visiems pacientams (neturintiems kontraindikacijų) rekomenduoja pirmo pasirinkimo geriamuosius antikoagulantus, kurie yra ne vitamino K antagonistai. Vitamino K antagonistai yra nurodomi kaip alternatyvūs antikoagulantai. Taip pat pakeistas ūmios plaučių embolijos diagnostikos ir gydymo algoritmas atsižvelgiant į riziką – į jį įtrauktas plaučių embolijos sunkumo, gretutinių ligų ar būklių, galinčių sunkinti plaučių emboliją, bei dešinio skilvelio disfunkcijos vertinimas.

Ilgalaikis gydymas po pirmųjų trijų mėnesių

Venų tromboembolijos pasikartojimo rizikos veiksniai suskirstyti į didelę, vidutinę ir mažą pasikartojimo riziką. Venų trombozės pasikartojimo rizikos balai yra pateikti greta su kraujavimo, gydant antikoagulantais, rizikos balais. 2019 m. gairės pateikia diskusiją apie potencialias indikacijas ilgesnio antikoagulantų vartojimo pacientams, kurie pirmą kartą susirgo plaučių embolija, ir nėra nustatytas rizikos veiksnys arba yra nuolatinis rizikos veiksnys (bet ne antifosfolipidinis sindromas), arba yra nedidelis laikinas ar pasikartojantis rizikos veiksnys. Pacientams, kuriems yra tęsiamas antikoagulantų skyrimas ilgiau nei 6 mėn., turėtų būti svarstoma apie apiksabano ar rivaroksabano dozės sumažinimą.

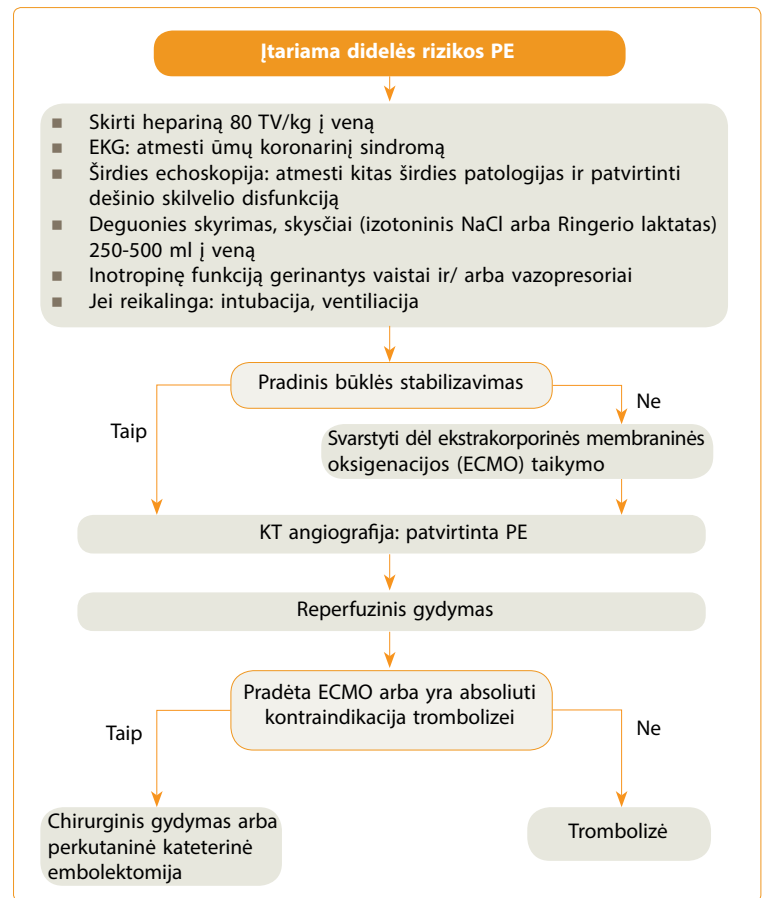
Naujosiose gairėse terminas „išprovokavo/neišprovokavo“ (angl. *provoked, unprovoked*) plaučių emboliją/giliųjų venų trombozę nėra naudojamas, nes yra klaidinantis.

Plaučių embolija sergant onkologinėmis ligomis

Gydant plaučių emboliją onkologiniams ligoniams, siūlomas edoksabanas arba rivaroksabanas kaip alternatyva mažos molekulinės masės heparinams, išskyrus pacientams, sergantiems skrandžio ir žarnyno vėžiu dėl padidėjusios kraujavimo rizikos, susijusios su ne vitamino K antagonistais.

Plaučių embolija nėštumo metu

Pasiūlytas plaučių embolijos diagnostikos algoritmas nėščioms moterims, kurioms įtariama plaučių embolija (3 pav.). Taip pat pateikta atnaujinta informacija apie nėščiųjų absorbuotą radiacijos kiekį radiologinių procedūrų, reikalingų diagnozuojant plaučių emboliją, metu.

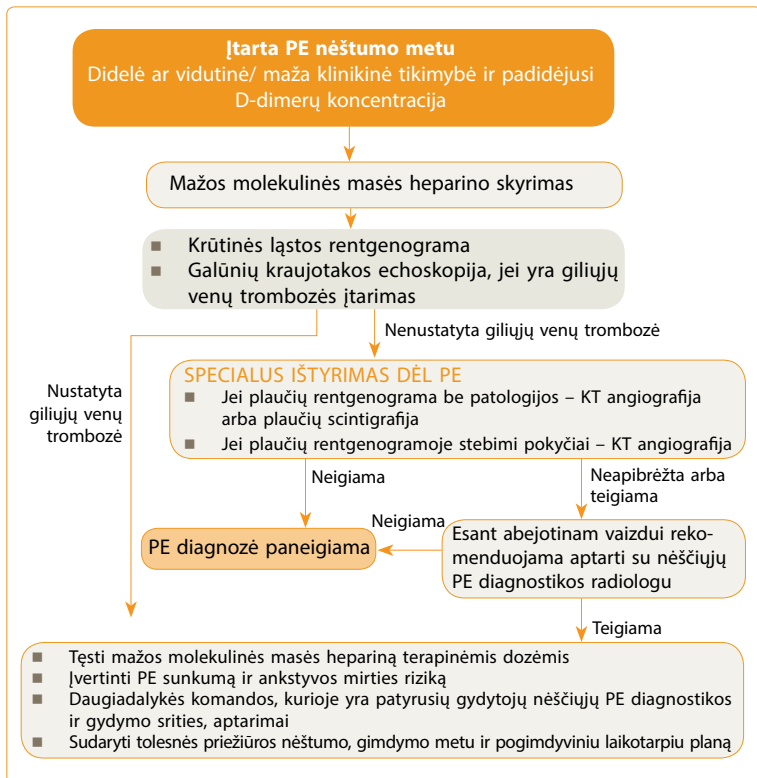


1 pav. Didelės rizikos PE diagnostikos ir gydymo algoritmas

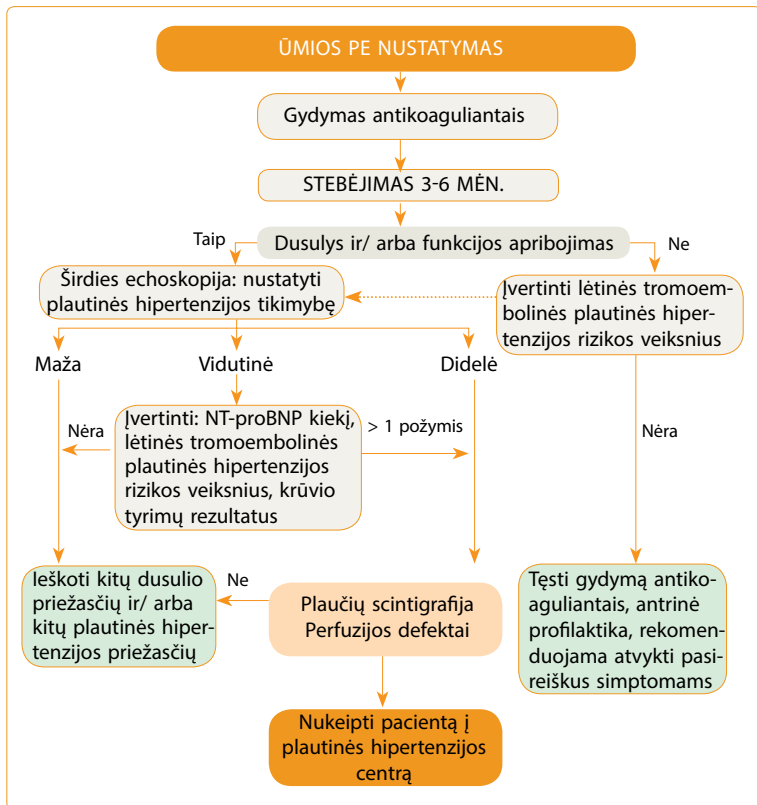
2 pav. Mažos ir vidutinės rizikos ūmios PE gydymo rekomendacijos

| Rekomendacija | Klasė | Ilgis |
|---|-------|-------|
| Antikoagulantų vartojimo pradžia | | |
| Kol vyksta detalus tyrimas, antikoagulantais kuo greičiau reikia pradėti gydyti pacientus, kuriems įtariama vidutinė ar didelė klinikinė PE. | I | C |
| Jei antikoagulantai skiriami parenteraliai, mažos molekulinės masės heparinai arba fondaparinas (o ne nefrakcionuotas heparinas) rekomenduojami daugeliui pacientų. | I | A |
| Jei antikoagulantai skiriami per burną, ne vitamino K antagonistai (apiksabanas, dabigatranas, edoksabanas arba rivaroksabanas) rekomenduojami kaip pirmo pasirinkimo gydymas, jei nėra kontraindikacijų. | I | A |
| Jeif pacientams skiriami vitamino K antagonistai, rekomenduojamas parenterinis antikoagulantų skyrimas, kol bus pasiektas INR 2,5 (2-3). | I | A |
| Ne vitamino K antagonistai nerekomenduojami pacientams, sergantiems sunkiu inkstų funkcijos nepakankamumu, antifosfolipidiniu sindromu, nėštumu ir žindymo metu. | III | C |
| Reperfuzinis gydymas | | |
| Trombolizė rekomenduojama pacientams, kuriems stebima blogėjanti hemodinamika, gydymo antikoagulantais metu. | I | B |
| Chirurginis gydymas arba perkutaninė kateterinė embolektomija kaip alternatyvus gydymo būdas turėtų būti svarstomas pacientams, kuriems stebima blogėjanti hemodinamika, gydymo antikoagulantais metu. | II a | C |
| Rutininė sisteminė trombolizė nerekomenduojama kaip pradinis gydymo būdas vidutinės ar mažos rizikos PE pacientams. | III | B |

Diagnostikos ir gydymo gairės



3 pav. PE diagnostikos ir gydymo rekomendacijos nėštumo metu



4 pav. Ilgalaikis pacientų, patyrusių PE, stebėjimas

2 lentelė.

Pagrindiniai 2019 m. Europos kardiologų draugijos ūmios plaučių embolijos diagnostikos ir gydymo gairių, parengtų bendradarbiaujant su Europos respiratologų draugija, rekomendacijų pokyčiai

| Rekomendacijos | 2014 | 2019 |
|--|------|------|
| Skubi trombolizė rekomenduojama pacientams, kuriems stebima blogėjanti hemodinamika | IIa | I |
| Chirurginė embolektomija ar perkutaninė kateterinė embolektomija turėtų būti svarstoma kaip alternatyva pacientams, kurių hemodinamika yra nestabili | IIb | IIa |
| PE diagnozė nėštumo metu turėtų būti atmeta pagal klininius požymius ir D-dimerų koncentraciją | IIb | IIa |
| Tolimesnis stebėjimas ir ištyrimas turėtų būti taikomas pacientams, patyrusiems PE, kuriems nėra jokių simptomų, bet yra padidėjusi lėtinės tromboembolinės plautinės hipertenzijos rizika | III | IIb |

Ilgalaikis stebėjimas

Siūlomas integruotas pacientų, patyrusių plaučių emboliją, priežiūros modelis, kuris užtikrintų optimalų perėjimą iš ligoninės į pirminės sveikatos priežiūros grandį. Pacientų priežiūros rekomendacijos apima didelį spektrą įvairių simptomų ir funkcijos apribojimų, atsiradusių po plaučių embolijos, ne tik lėtinę tromboembolinę plautinę hipertenziją. Pasiūlytas naujas išplėstinis pacientų stebėjimo algoritmas po ūmios plaučių embolijos praėjus 3-6 mėn. (4 pav.). Pagrindiniai rekomendacijų pokyčiai pateikti 2 lentelėje.

Apibendrinimas

2019 m. išleistos atnaujintos ūmios plaučių embolijos diagnostikos ir gydymo gairės, kuriose didelis dėmesys skiriamas plaučių embolijai ir su ja susijusių išeičių rizikos bei sunkumo vertinimui ir pacientų ilgalaikiam stebėjimui. Rekomenduojama diagnostikai naudoti D-dimerų koncentracijos ribas, adaptuotas pagal amžių ar klinikinę tikimybę (II a). Pirmaeiliam gydymui siūloma skirti ne vitamino K antagonistus, jei jų vartojimui nėra kontraindikacijų (I). Pacientams, kuriems yra antifosfolipidinis sindromas, skrandžio ir žarnyno onkologinis susirgimas, šie vaistai yra kontraindikuotini, todėl turėtų būti skirti vitamino K antagonistai (I, II a, atitinkamai). Nėščiosioms taip pat nerekomenduojama skirti ne vitamino K antagonistų (III). Naujosios gairės siūlo kai kurioms pacientų grupėms prailginti gydymo antikoagulantais laiką.



Parengta pagal Konstantinides SV et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS): The Task Force for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Respir J. 2019 Aug 31. pii: 1901647.