

Пероральные антикоагулянты в лечении тромбоза глубоких вен нижних конечностей и (или) тромбоэмболии легочной артерии: возможности ривароксабана

И.С.Явелов

Кафедра клинической кардиологии
Российского национального
исследовательского медицинского
университета им. Н.И.Пирогова, Москва

В обзоре представлены результаты исследований ривароксабана в лечении и длительной вторичной профилактике тромбоза глубоких вен нижних конечностей и/или тромбоэмболии легочных артерий. Охарактеризованы эффективность и безопасность этого лекарственного средства у различных категорий больных, а также особенности его применения на практике.

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочных артерий, ривароксабан, антагонисты витамина К, эноксапарин.

Oral Anticoagulants of the Treatment of Deep Vein Thrombosis and/or Pulmonary Embolism: Perspectives for Rivaroxaban

I.S.Yavelov

Department of Clinical Pharmacology,
N.I.Pirogov Russian National Research
Medicine University, Moscow

The paper reviews results of the trials of rivaroxaban application for early treatment and/or long-term secondary prevention of deep vein thrombosis of lower limbs and/or pulmonary embolism. The paper analyses effectiveness and safety of rivaroxaban in different groups of patients, as well as features of rivaroxaban application in everyday practice.

Keywords: deep vein thrombosis, pulmonary embolism, rivaroxaban, vitamin K antagonists, enoxaparin.

По современным представлениям, основа лечения тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВ)

и/или тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) – антикоагулянты. При этом минимальная длительность их использования (период лечения острого тромботического эпизода) составляет 3 мес [1]. Необходимость более длительного лечения (вторичной профилактики) и его продолжительность определяется обстоятельствами возникновения тромбоза (наличие явной обратимой причины для тромбообразования, распространенности тромбоза, тромбоэмболических осложнений в анамнезе), с одной стороны, переносимостью предшествующего лечения (наличием клинически значимых кровотечений) – с другой. В ряде случаев речь идет о пожизненном применении антикоагулянтов (табл. 1).

Обычный подход к быстрому созданию и дальнейшему поддержанию надлежащего уровня антикоагуляции – начало лечения с парентерального введения достаточно высоких (лечебных) доз антикоагулянтов (нефракционированного гепарина, низкомолекулярного гепарина или фондапаринукса) с переходом на антагонист витамина К и поддержанием значений международного нормализованного отношения (МНО) в диапазоне 2,0–3,0. Подобный способ лечения сопряжен с многочисленными неудобствами. Среди них необходимость парентерального введения антикоагулянта как минимум в течение 5 дней после начала приема антагониста витамина К или дольше, если за этот срок не будут достигнуты целевые значения МНО (рис. 1). Кроме того, эффективность и безопасность антагонистов витамина К сильно зависит от времени поддержания МНО в границах целевого диапазона, которое в идеале должно превышать 75% [2]. Риск кровотечения наиболее высок в первые 3 мес после начала использования антагонистов витамина К, причем особенно опасен первый месяц от начала подбора дозы [3, 4]. По данным 40 исследований с применением антагонистов витамина К для лечения ТГВ и/или ТЭЛА, включавших в совокупности 26 064 больных, время нахождения МНО в границах целевого диапазона в первый месяц после начала лечения составляло всего 54%, с 1-го по 3-й месяц – 56%, а с 4-го по 12-й месяц увеличилось до 75% [5]. Очевидно, что в это время, когда не исключены периоды существенного отклонения значений МНО от целевых, больные нуждаются в повышенном внимании, чтобы при необходимости своевременно скорректировать дозу антагониста витамина К. Наконец, не исключено, что при переходе на препарат варфарина другого производителя нужна повторная оценка МНО и при необходимости коррекция дозы лекарственного средства, что делает нежелательным «механическую» (и по сути бесконтрольную) замену препарата варфарина (в частности, на уровне аптеки), при этом о произошедшем не ставится в известность лечащий врач [6].

Если проксимальный ТГВ и/или ТЭЛА возникает у больных со злокачественными новообразованиями, наилучший подход к лечению – длительные (по меньшей мере до 6 мес) подкожные инъекции низкомолекулярного гепарина (в 1-й месяц в полной лечебной дозе с возможным переходом на 75–80% лечебной дозы в дальнейшем). Неудобства такого подхода очевидны.

Поэтому препараты, способные упростить лечение ТГВ и/или ТЭЛА и обеспечивающие хотя бы равную эффективность и безопасность по сравнению с указанными выше подходами, будут иметь несомненное преимущество. На роль таких лекарственных средств претендуют новые пероральные антикоагулянты. Их принимают внутрь в фиксиро-

ванной дозе один или два раза в сутки (в зависимости от конкретного лекарственного средства) и при этом нет необходимости в контроле лабораторных показателей, характеризующих выраженность антикоагулянтного эффекта. С практической точки зрения наиболее удобен ривароксабан, который следует принимать внутрь вместе с пищей один раз в сутки. Кроме того, быстрое наступление эффекта (через 2–4 ч после приема внутрь) указывает на возможность применения препаратов этой группы в раннем лечении тромбозмембральных осложнений, без обязательного предварительного парентерального введения антикоагулянтов. С другой стороны, короткий период полувыведения (около 12 ч у больных с нормальной функцией почек) указывает на важность достаточной приверженности к лечению, поскольку пропуск одной и особенно двух и более доз нового перорального антикоагулянта способен сильно сказаться на их профилактической эффективности.

Ривароксабан – единственный новый пероральный антикоагулянт, для которого есть отдельные исследования, выполненные по одинаковому протоколу, включавшие больных с острым подтвержденным проксимальным ТГВ, сопровождавшимся клиническими проявлениями, вне зависимости от наличия симптомов ТЭЛА (EINSTEIN DVT) и острой ТЭЛА, вне зависимости от наличия признаков ТГВ (EINSTEIN PE) (табл. 2) [7, 8]. Результаты этих исследований фактически совпали, что является наглядным подтверждением известного принципа, согласно которому антитромботическое лечение проксимального ТГВ нижних конечностей и ТЭЛА не различается [1]. Все это дало возможность в дальнейшем проводить объединенный анализ баз данных этих клинических испытаний и более детально охарактеризовать различные эффекты терапии, в том числе в сравнительно немногочисленных подгруппах больных [9].

Ривароксабан в исследованиях EINSTEIN DVT и PE сопоставлялся со стандартным в то время подходом к лечению проксимального ТГВ и/или ТЭЛА, когда сначала не менее 5 сут подкожно вводится лечебная доза эноксапарина (1 мг/кг 2 раза в сутки), на этом фоне подбирается необходимая доза антагониста витамина К (варфарина или аценокумарола), после чего эноксапарин отменяется, но не ранее, чем два дня подряд МНО будет составлять как минимум 2,0. У пациентов, рандомизированных к приему ривароксабана, его доза в первые 3 нед, когда вероятность рецидива венозных тромбозмембральных осложнений особенно высока [10], составляла 15 мг 2 раза в сутки. В последующем ее уменьшали до 20 мг 1 раз в сутки. Поскольку ривароксабан в дозе 20 мг 1 раз в сутки используется также для профилактики инсульта и системной эмболии у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий, очевидно, что данный препарат будет полезен и в случаях, когда имеются оба показания к длительному применению антикоагулянтов.

Лечение в исследованиях EINSTEIN DVT и PE продолжалось 3, 6 или 12 мес (его продолжительность в каждом конкретном случае определялась врачом в зависимости от особенностей больного).

По совокупным данным, применение ривароксабана при сходной со стандартным подходом эффективности (при учете частоты повторных эпизодов ТГВ или ТЭЛА с клиническими проявлениями, включая смертельную ТЭЛА) имело преимущество в безопасности, обеспечивая снижение риска крупных кровотечений на 46% ($p=0,002$) за счет более

редкого возникновения внутричерепных, желудочно-кишечных кровотечений [9]. Существенные различия по сумме случаев крупных и клинически значимых кровотечений отсутствовали. По совокупной клинической выгоде (сумма частоты рецидивов ТГВ и/или ТЭЛА с симптомами и крупных кровотечений) ривароксабан превосходил схему с переходом на антагонисты витамина К после предварительного лечения эноксапарином – частота этих событий составляла 3,2 и 4,1%, что соответствует достоверному снижению риска на 23%.

При анализе подгрупп было установлено, что ривароксабан не уступает стандартному подходу по эффективности при наличии явного фактора риска, так и при неспровоцированных эпизодах острого проксимального ТГВ или ТЭЛА с симптомами. А у пациентов с рецидивирующими ТГВ/ТЭЛА эффективность ривароксабана была выше – риск рецидивов снижался на 55%. Наглядным свидетельством сопоставимой эффективности ривароксабана и стандартного подхода, также является отсутствие различий по степени уменьшения обструкции легочной артерии и частоте ее исчезновения через 3 мес лечения у больных с ТЭЛА [11].

Сходная эффективность ривароксабана и его преимущество по безопасности (при учете частоты крупных кровотечений) перед стандартным подходом сохранялись и при достаточно высоком среднем времени поддержания МНО в границах целевого диапазона у получавших антагонисты витамина К (более 66,5%) [9].

В отличие от исследования ROCKET-AF, выполненного на больных с неклапанной фибрилляцией предсердий, в исследованиях EINSTEIN DVT и PE не предусматривалось снижения дозы ривароксабана у больных с почечной недостаточностью. При анализе результатов использования ривароксабана и стандартного подхода у больных с нормальной функцией почек (клиренс креатинина не ниже 80 мл/мин, 5569 больных), легкой (клиренс креатинина 50–79 мл/мин, 2037 больных) и умеренной (клиренс креатинина 30–49 мл/мин, 636 больных) почечной недостаточностью оказалось, что при сопоставимой эффективности при нарастании выраженности почечной недостаточности имела тенденция к увеличению преимущества ривароксабана по безопасности (при учете частоты крупных кровотечений). Характерно, что при переходе с эноксапарина на антагонисты витамина К по мере снижения функции почек увеличивался риск крупных кровотечений, в то время как у пациентов, рандомизированных к приему ривароксабана такой закономерности не было [12].

Эффекты ривароксабана были оценены также у отдельной группы пациентов, так называемых «хрупких» больных (в возрасте старше 75 лет, с клиренсом креатинина ниже 50 мл/мин, массой тела менее 50 кг) с высоким риском серьезных кровотечений (рис. 2). При наличии каждого из этих признаков в отдельности, а также присутствии их всех у одного и того же больного, результаты применения указанных выше доз ривароксабана оказались сходными – при эффективности, равной стандартному подходу, ривароксабан обеспечивал преимущество в безопасности (снижение риска крупных кровотечений на 73%) [9].

Согласно протоколу исследований EINSTEIN DVT и PE, ривароксабан мог быть назначен с самого начала лечения (без предварительного парентерального введения антикоагулянта), или на него можно бы-

Клинические обстоятельства	Длительность применения антикоагулянтов
Первый эпизод и обратимый фактор риска	3 мес
Повторный эпизод	Неопределенно долго (у большинства пожизненно); при высоком риске кровотечений – хотя бы 3 мес
Первый не спровоцированный эпизод	Как минимум 3 мес или дольше*, когда был эпизод проксимального тромбоза глубоких вен или тромбоза легочных артерий, риск кровотечений низкий и достигнут стабильный уровень антикоагуляции
Злокачественное новообразование	Низкомолекулярный гепарин подкожно 3–6 мес с продлением антикоагулянтов на неопределенно долгий срок или до излечения злокачественного новообразования

Примечание. * Аргументы в пользу продления использования антикоагулянта: антифосфолипидный синдром, дефицит протеинов С или S, гомозиготы по фактору V Лейден или протромбину G20210A, остаточный тромб в проксимальных венах, сохранение дисфункции правого желудочка при выписке, повышение D-димера через 1 мес после прекращения профилактики.

Исследования	EINSTEIN DVT и PE	EINSTEIN-EXTENSION
Число больных	8282	1196
Замысел	Открытое	Двойное слепое
Критерии включения	Подтвержденный проксимальный ТГВ и/или ТЭЛА с симптомами	Подтвержденный проксимальный ТГВ и/или ТЭЛА с симптомами без явных показаний к продленному использованию антикоагулянтов
Лечение в группе сравнения	Эноксапарин как минимум 5 сут, затем варфарин (целевое МНО 2–3)	Плацебо
Начало приема новых антикоагулянтов	Сразу (или возможен переход с парентерального введения антикоагулянта в первые 48 ч от начала лечения)	После 6–12 мес лечения пероральными антикоагулянтами
Длительность исследования	3–12 мес	6–12 мес
Дозы новых антикоагулянтов	15 мг 2 раза в сутки до 21-х суток, затем 20 мг 1 раз в сутки	20 мг 1 раз в сутки
Клиренс креатинина	Не ниже 30 мл/мин	Не ниже 30 мл/мин
Повторный эпизод ТГВ или ТЭЛА с симптомами (включая смертельную ТЭЛА)	Не хуже	ОР -82% ($p < 0,001$)
Крупные кровотечения	ОР -46% ($p = 0,002$)	Не хуже ($n = 4^* - 0,7%$ – в группе ривароксабана против 0)
Крупные и клинически значимые кровотечения	Не хуже	ОР 5,19 ($p < 0,001$)

Примечание: ОР – относительный риск. * Крупные кровотечения не были смертельными, не в критический орган.

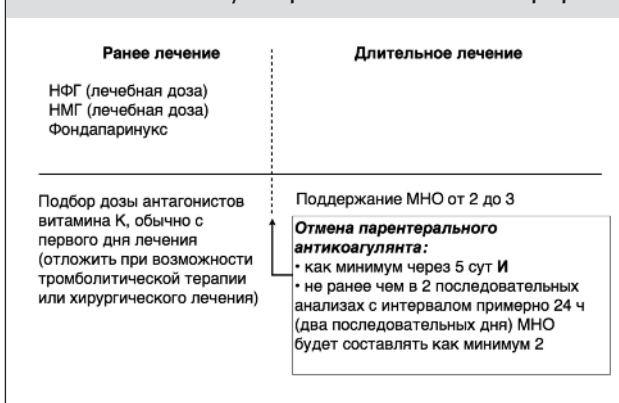
ло перейти в ближайшие 48 ч, если лечение парентеральными антикоагулянтами было уже начато (первую дозу ривароксабана следовало принять через 4 ч после прекращения внутривенной инфузии нефракционированного гепарина, через 12 ч после подкожной инъекции низкомолекулярного гепарина при схеме его введения 2 раза в сутки и через 24 ч после подкожной инъекции фондапаринукса или низкомолекулярного гепарина при схеме его введения один раз в сутки) [13]. Такие подходы практиковались у 16,2 и 83,8% больных, соответственно, и никак не повлияли на результаты сопоставления эффективности и безопасности лечения с использованием ривароксабана и привычной схемы: эноксапарин/АВК. Переход на ривароксабан может потребоваться, например, в случаях, когда парентеральный антикоагулянт ввела бригада скорой помощи. Кроме того, у наиболее тяжелых больных это дает в начале лечения время определиться с необходимостью тромболитической терапии, хирургического лечения или имплантации каво-фильтра, и, если подобных вмешательств не требуется, быстро перейти на пероральный прием ривароксабана.

Результаты сравнения ривароксабана со схемой эноксапарин/АВК, в немногочисленной подгруппе больных со злокачественными новообразованиями в исследованиях EINSTEIN DVT и PE (655 человек), оказались аналогичными полученным на всем контингенте изученных больных – при сопоставимой эффективности у получавших ривароксабан достоверно реже возникали крупные кровотечения [14].

Однако поскольку у больных с проксимальным ТГВ и/или ТЭЛА, возникшими на фоне злокачественного новообразования, продление подкожных инъекций низкомолекулярного гепарина предупреждает повторные эпизоды венозных тромбозомболических осложнений лучше, чем переход на прием антагонистов витамина К, для определения места ривароксабана в данной клинической ситуации необходимо иметь результаты его сопоставления с продленным использованием низкомолекулярного гепарина.

В дальнейшем изучение ривароксабана было продолжено в двойном слепом исследовании EINSTEIN-Extension у больных с подтвержденным проксимальным ТГВ и/или ТЭЛА с симптомами, у которых после 6–12-месячного использования антикоагулянтов не возникло ни тромбозомболических осложнений, ни серьезных кровотечений, и которые, согласно мнению врачей, не имели явных показаний к дальнейшему использованию антикоагулянтов [7]. Часть подобных больных продолжила лечение после окончания исследований EINSTEIN DVT и PE, 42% были заново набраны. В этих условиях ривароксабан в дозе 20 мг 1 раз в сутки сопоставлялся с плацебо, и изучение продолжалось по усмотрению врача 6 или 12 мес. В целом исследование показало, что решение прервать использование антикоагулянтов у данной категории больных было неверным, поскольку продление использования перорального антикоагулянта еще на 6–12 мес привело к дополнительному и очень существенному снижению риска возникновения повторных эпизодов

Рис 1. Быстрое создание и последующее поддержание надлежащего уровня антикоагуляции при использовании антагонистов витамина К в лечении тромбоза глубоких вен нижних конечностей и/или тромбозомболии легочных артерий



ТГВ или ТЭЛА с клиническими проявлениями, включая смертельную ТЭЛА (на 82%; $p < 0,001$). Это соответствует современным представлениям о необходимости длительного (иногда пожизненного) применения антикоагулянтов после проксимального ТГВ и/или ТЭЛА (см. табл. 1) [1]. С другой стороны, эффективность ривароксабана была подтверждена в плацебо-контролируемом исследовании. Однако с практической точки зрения более важным представляется другой аспект применения ривароксабана – низкая частота крупных кровотечений, среди которых не было наиболее опасных (смертельных, в критически-важный орган). Хотя в группе ривароксабана было больше крупных и клинически значимых кровотечений по сравнению с плацебо (6,0% vs. 1,2%), следует учитывать, что увеличение частоты кровотечений – фактически неизбежное последствие применения лечебных доз антикоагулянтов. В такой ситуации важно, чтобы ожидаемая польза использования антикоагулянта превосходила связанный с ним риск, а сами кровотечения и их последствия не были бы чрезмерно тяжелы и необратимы. По совокупной клинической выгоде (сумма частоты рецидивов ТГВ и/или ТЭЛА с симптомами крупных кровотечений) ривароксабан заметно превосходил плацебо: частота этих событий составляла 2,0 и 7,1%, что соответствует высокодоверительному снижению риска на 72%. Конечно, в данное клиническое испытание были отобраны больные с достаточно низким риском кровотечений, которые хорошо перенесли предшествующее продленное использование пероральных антикоагулянтов. Тем не менее, очевидно, что приемлемый профиль безопасности может облегчить принятие решения о продлении использования антикоагулянта в повседневной врачебной практике в случаях, когда это представляется необходимым для эффективной вторичной профилактики венозных тромбозомболических осложнений.

Заключение

Применение ривароксабана позволяет лечить большие контингенты стабильных больных с проксимальным тромбозом глубоких вен нижних конечностей и/или тромбозомболией легочных артерий, не прибегая к парентеральному введению антикоагулянтов в ранние сроки заболевания. При этом, если лечение с помощью парентерального антикоагулянта все-таки было начато, в ближайшие 48 ч или позже можно перейти на прием ривароксабана. Наряду с простотой практического использования (ежедневный однократный прием фиксиро-

Рис. 2. Результаты сопоставления эффективности и безопасности ривароксабана и стандартного подхода к лечению тромбоза глубоких вен нижних конечностей и/или тромбозомболии легочных артерий у больных с высоким риском кровотечений (совокупный анализ результатов исследований EINSTEIN DVT и PE) [9].

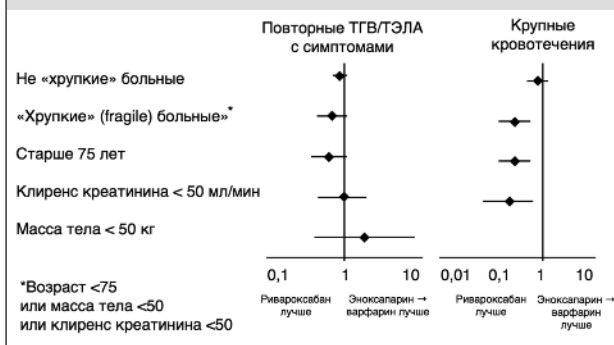


Таблица 3. Основные критерии не включения в исследования EINSTEIN DVT и PE

• Тромбэктомия, имплантация кава-фильтра, тромболитическая терапия
• Другие показания к длительному применению антагонистов витамина К
• Клиренс креатинина <30 мл/мин
• Увеличение АлТ>3 раз от верхней границы нормы
• Клинически значимое заболевание печени – острый гепатит, хронический активный гепатит, цирроз)
• Бактериальный эндокардит
• Продолжающееся кровотечение или высокий риск кровотечения
• Систолическое АД >180 или диастолическое АД >110 мм рт. ст.
• Беременность, кормление грудью
• Отсутствие должной контрацепции
• Одновременный прием сильных ингибиторов СYP 3A4 (ингибиторы протеаз для лечения ВИЧ, кетоконазолы системно)
• Одновременный прием сильных индукторов СYP 3A4 (рифампицин, карбамазепин, фенитоин)

ванной дозы препарата без необходимости лабораторного контроля выраженности антикоагулянтного эффекта) это предельно упрощает лечение, что может быть особенно полезным при раннем переходе на амбулаторное лечение или отказе от госпитализации больных с низким риском неблагоприятного течения заболевания, как это делается в ряде развитых стран. Сравнительно невысокая частота крупных кровотечений на ривароксабана, которая оказалась меньшей, чем при использовании антагонистов витамина К, может способствовать более широкому применению антикоагулянтов после эпизода проксимального тромбоза глубоких вен нижних конечностей и/или тромбозомболии легочных артерий и обеспечить возможность продленного лечения в случаях, когда раньше это представлялось слишком рискованным.

Литература

1. The Task Force for the Diagnosis and Management of Acute Pulmonary Embolism of the European Society of Cardiology (ESC). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and management of acute pulmonary embolism. Endorsed by the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 2014; 35: 3033–3069.
2. Fang M.C., Fan D., Witt D.M. et al. The Association of Warfarin Control With Pulmonary Embolism Mortality: The CVRN VTE Study. Circulation. 2013; 128: A12186.
3. Gomes T., Mamdani M.M., Holbrook A.M. et al. Rates of hemorrhage during warfarin therapy for atrial fibrillation. CMAJ. 2013; 185: E121–127.

4. Hylek E.M., Evans-Molina C., Shea C., Henault L.E., Regan S. Major hemorrhage and tolerability of warfarin in the first year of therapy among elderly patients with atrial fibrillation. *Circulation*. 2007; 115: 2689–2696.
5. Erkens P.M., ten Cate H., Büller H.R., Prins M.H. Benchmark for time in therapeutic range in venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012; 7: e42269.
6. Ghate S.R., Biskupiak J.E., Ye X. et al. Hemorrhagic and Thrombotic Events Associated with Generic Substitution of Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation: A Retrospective Analysis. *Ann Pharmacother*. 2011; 45: 701–712.
7. The EINSTEIN Investigators. Oral Rivaroxaban for Symptomatic Venous Thromboembolism. *N Engl J Med*. 2010; 363: 2499–2510.
8. The EINSTEIN-PE Investigators. Oral Rivaroxaban for the Treatment of Symptomatic Pulmonary Embolism. *N Engl J Med*. 2012; 366: 1287–1297.
9. Prins M.H., Lensing A.W.A., Bauersachs R. et al. Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies. *Thromb J*. 2013; 11: 21.
10. Limone B.L., Hernandez A.V., Michalak D. et al. Timing of recurrent venous thromboembolism early after the index event: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Thromb Res*. 2013; 132: 420–426.
11. Van Es.J., Douma R.A., Kamphuisen P.W. et al. Clot resolution after 3 weeks of anticoagulant treatment for pulmonary embolism: comparison of computed tomography and perfusion scintigraphy. *J Thromb Haemost*. 2013; 11: 679–685.
12. Bauersachs R., Lensing A.W.A., Prins M.H. et al. Rivaroxaban versus enoxaparin/vitamin K antagonist therapy in patients with venous thromboembolism and renal impairment. *Thrombosis Journal*. 2014; 12: 25.
13. Prandoni P., Prins M.H., Cohen A.T. et al. Use of Prestudy Heparin Did Not Influence the Efficacy and Safety of Rivaroxaban in Patients Treated for Symptomatic Venous Thromboembolism in the EINSTEIN DVT and EINSTEIN PE Studies. *Academic Emergency Medicine*. 2015; 22: 143–149.
14. Prins M.H., Lensing A.W.A., Brighton T.A. et al. Oral rivaroxaban versus enoxaparin with vitamin K antagonist for the treatment of symptomatic venous thromboembolism in patients with cancer (EINSTEIN-DVT and EINSTEIN-PE): a pooled subgroup analysis of two randomised controlled trials. *Lancet Haematol*. 2014; 1: e37–46.

Сведения об авторе:

Явелов Игорь Семенович – д.м.н., профессор кафедры клинической кардиологии РНИМУ им. Н.И.Пирогова (Москва)



**XIII Научно-практическая конференция
ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
ЛЕЧЕНИЯ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ**
Тематическая выставочная экспозиция

27 – 28 МАЯ 2015 г.

Здание
Правительства Москвы
ул. Новый Арбат, 36/9

Уважаемые коллеги!

27-28 мая 2015 года состоится XIII Московская научно-практическая конференция «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии». Конференция будет проводиться в Здании Правительства Москвы (Москва, ул. Новый Арбат, 36/9).

Данная конференция организуется в рамках направления «Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение г. Москвы и Московского региона».

Научно-практическая конференция проводится под патронатом:

Департамента здравоохранения города Москвы

ГБУЗ «Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

Кафедры оториноларингологии лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ

Организатор:

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФармДиалог»

Цель конференции:

Информирование специалистов отрасли о новых данных и эффективных методах профилактики и лечения заболеваний, ускорение внедрения современных медицинских технологий в клиническую и амбулаторно-поликлиническую практику.

Основные тематические направления конференции:

На конференции планируется обсуждение следующих актуальных вопросов оториноларингологии:

1. Реализация Концепции развития оториноларингологии в условиях модернизации и оптимизации здравоохранения.

А. Повышение эффективности, качества и обеспечение большей доступности специализированной оториноларингологической помощи в городе Москве.

Б. Стандарты и порядок оказания оториноларингологической помощи в условиях оптимизации здравоохранения.

В. Оказание экстренной специализированной и скорой медицинской помощи пациентам с острой и обострением хронической патологии верхних дыхательных путей и уха

Д. Непрерывное постдипломное медицинское образование по специальности болезни, уха, горла и носа (14.01.03)

2. Рациональное послеоперационное ведение пациентов после оториноларингологических хирургических вмешательств.

3. Алгоритмы оптимального лечения гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов и их осложнений.

4. Значение дисбиоза глотки в развитии хронического тонзиллита и фарингита.

5. Особенности диагностики и лечения острой и хронической патологии верхних дыхательных путей и уха в детской практике.

6. Современные реконструктивно-пластические операции на гортанно-трахеальном сегменте верхних дыхательных путей.

7. Современные методы восстановления нарушенной голосовой функции.

8. Синдром обструктивного апноэ сна: варианты комплексного решения проблемы.

9. Комплексная реабилитация пациентов с кондуктивной тугоухостью.

10. Диагностика и лечение невоспалительных заболеваний височной кости с применением инновационных технологий.

11. Неврологические аспекты заболеваний ЛОР-органов.

12. Современные тенденции комплексного подхода к диагностике и лечению пациентов с нарушениями функций внутреннего уха.

В рамках конференции организуется тематическая выставочная экспозиция

Дополнительная информация:

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

127055, г. Москва, ул. Суцешская, д. 25, стр. 1

Тел./факс: 8 (495) 797-62-92; 8 (499) 750-07-27; 8 (499) 750-07-47

E-mail: info@imfd.ru, Сайт: www.imfd.ru

