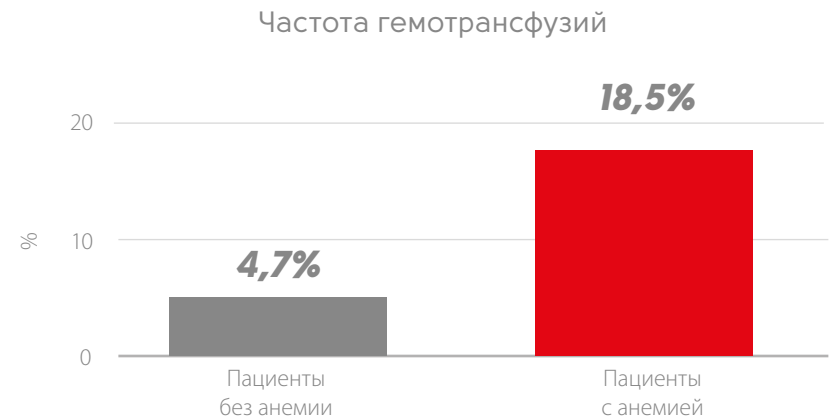


***Зачем лечить анемию
у пациентов
в периоперационном периоде***

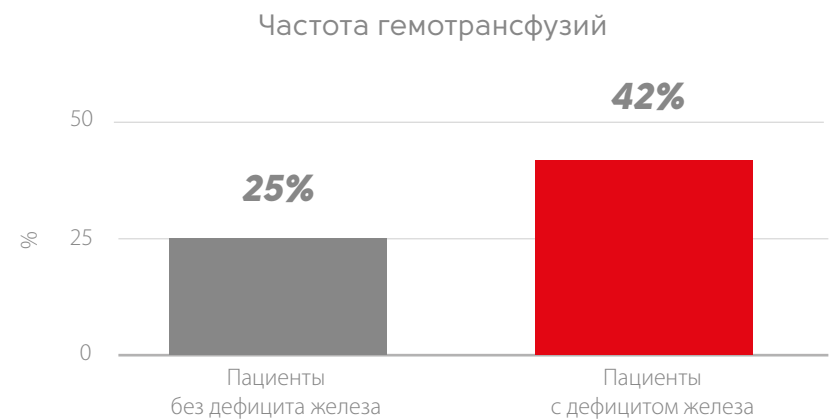


НАЛИЧИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АНЕМИИ И ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ПРИВОДИТ К УВЕЛИЧЕНИЮ ЧАСТОТЫ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ^{1, 2}

Риск гемотрансфузий у пациентов с анемией выше в 5,04 раза¹

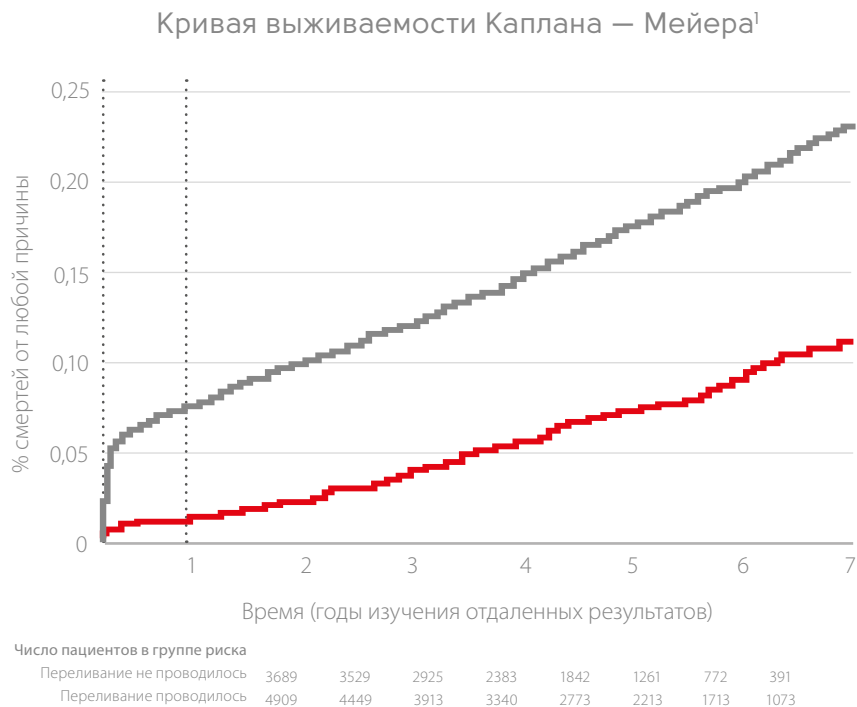


Риск гемотрансфузий у пациентов с дефицитом железа выше в 1,9 раза²



ГЕМОТРАНСФУЗИИ НЕ УСТРАНЯЮТ ПЕРВОПРИЧИНУ АНЕМИИ^{1,2}, ИМЕЮТ РЯД СОПРЯЖЕННЫХ РИСКОВ² И МОГУТ УХУДШАТЬ ПРОГНОЗ³⁻⁵

Смертность в 30-дневный период в группе пациентов, кому **проводилось переливание, 6-кратно выше³**



Показатель смертности в группе пациентов, кому не проводилось переливание, оставался ниже в течение года и далее

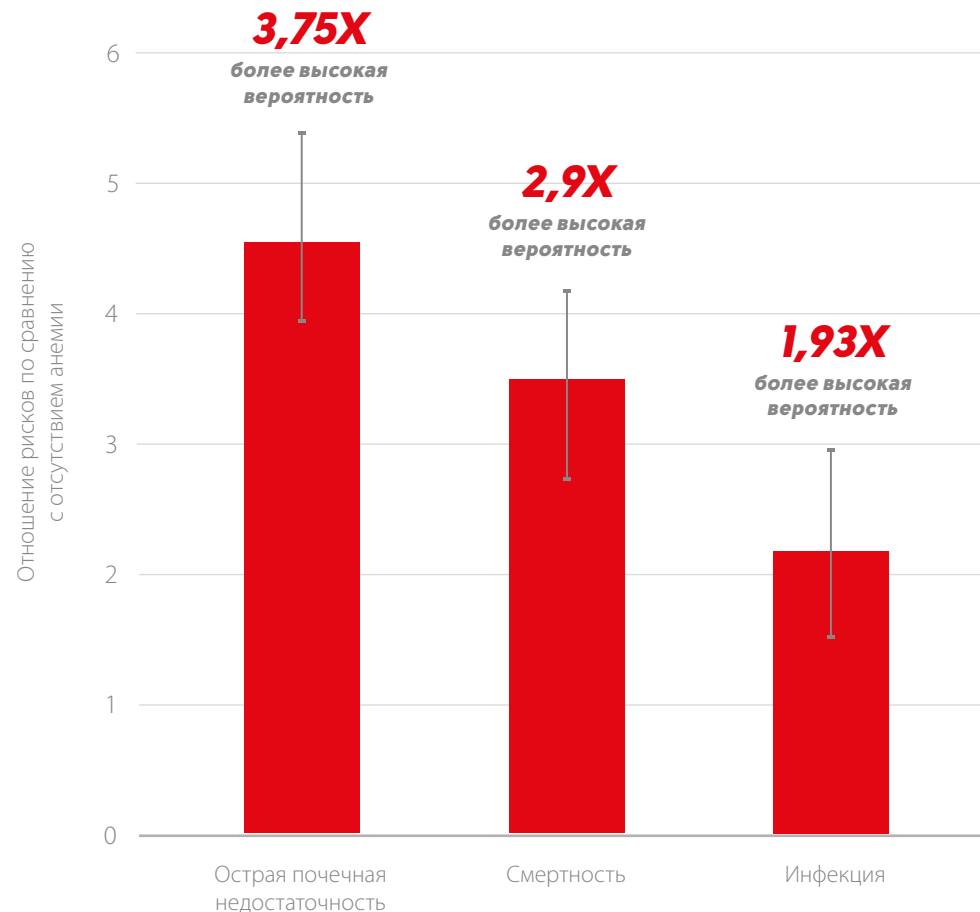
Частота инфекционных осложнений выше (4,0% у тех, кому не проводилось переливание, по сравнению с 10,6% у тех, кому проводилось)

Частота ишемических осложнений выше (3,5% у тех, кому не проводилось переливание, по сравнению с 11,6% у тех, кому проводилось)

Осложнения приводят к более длительному пребыванию в стационаре

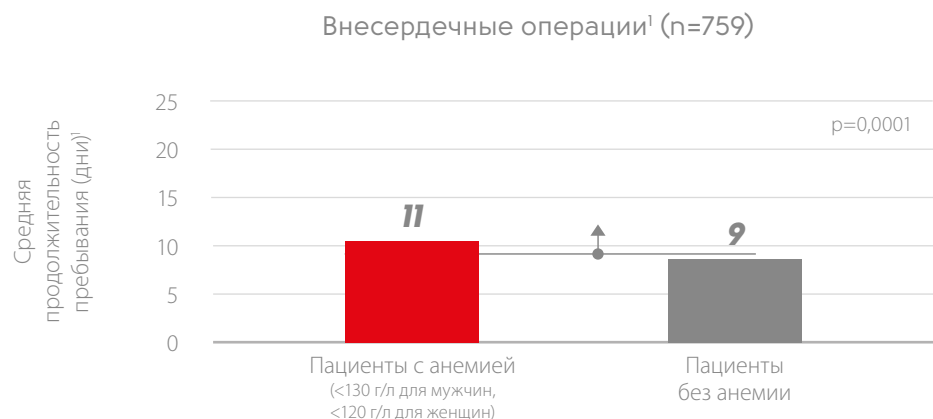
1. Creteur et al. Crit Care. 2009; 13 Suppl 5: S11. 2. Marik P. E., et al. JAMA 1993; 269(23): 3024–9. 3. Murphy G. J., et al. Circulation. 2007; 116: 2544–52. 4. Leichtle S. W., et al. J Blood Dis Transf. 2011; S1: 002. 5. Vlot E. A., et al. BMC Anesthesiol. 2019; 19: 65.

НАЛИЧИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АНЕМИИ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК СМЕРТИ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ¹

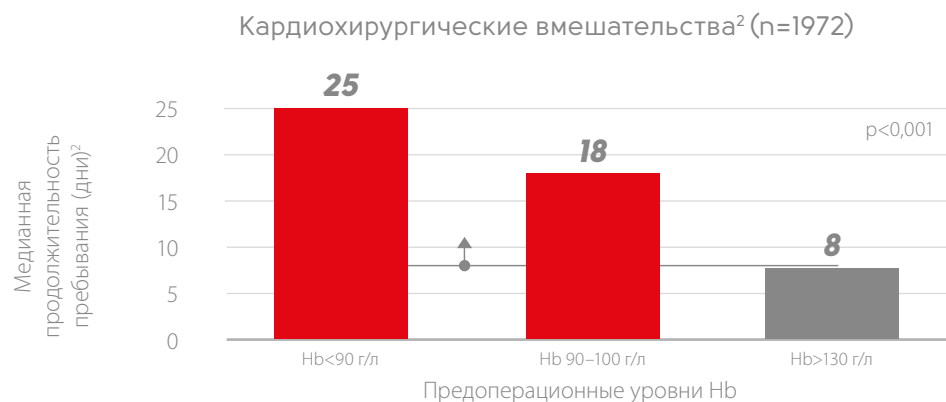


1. Fowler A. J., et al. Br Surg. 2015; 102 (11): 1314–24.

НАЛИЧИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ АНЕМИИ УВЕЛИЧИВАЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ^{1,2}



на **22%**



до **3 раз**

более длительное пребывание в стационаре пациентов с анемией в сравнении с пациентами без анемии

1. Beattie W. S., et al. Anesthesiology. 2009; 110 (3): 574–81. 2. Hallward G., et al. J. Cardiothorac. Vasc. Anesth. 2016; 30 (4): 901–8.

ВАЖНО У ПАЦИЕНТОВ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ВЫЯВИТЬ И ПРОВЕСТИ ЛЕЧЕНИЕ ЖДА^{1,2}

“ Все пациенты, **перенесшие обширное хирургическое вмешательство (кровопотеря >500 мл или продолжительность >2 ч)** и у которых была **предоперационная анемия** или умеренная или тяжелая кровопотеря во время операции, **должны пройти скрининг на анемию** после операции¹ ”

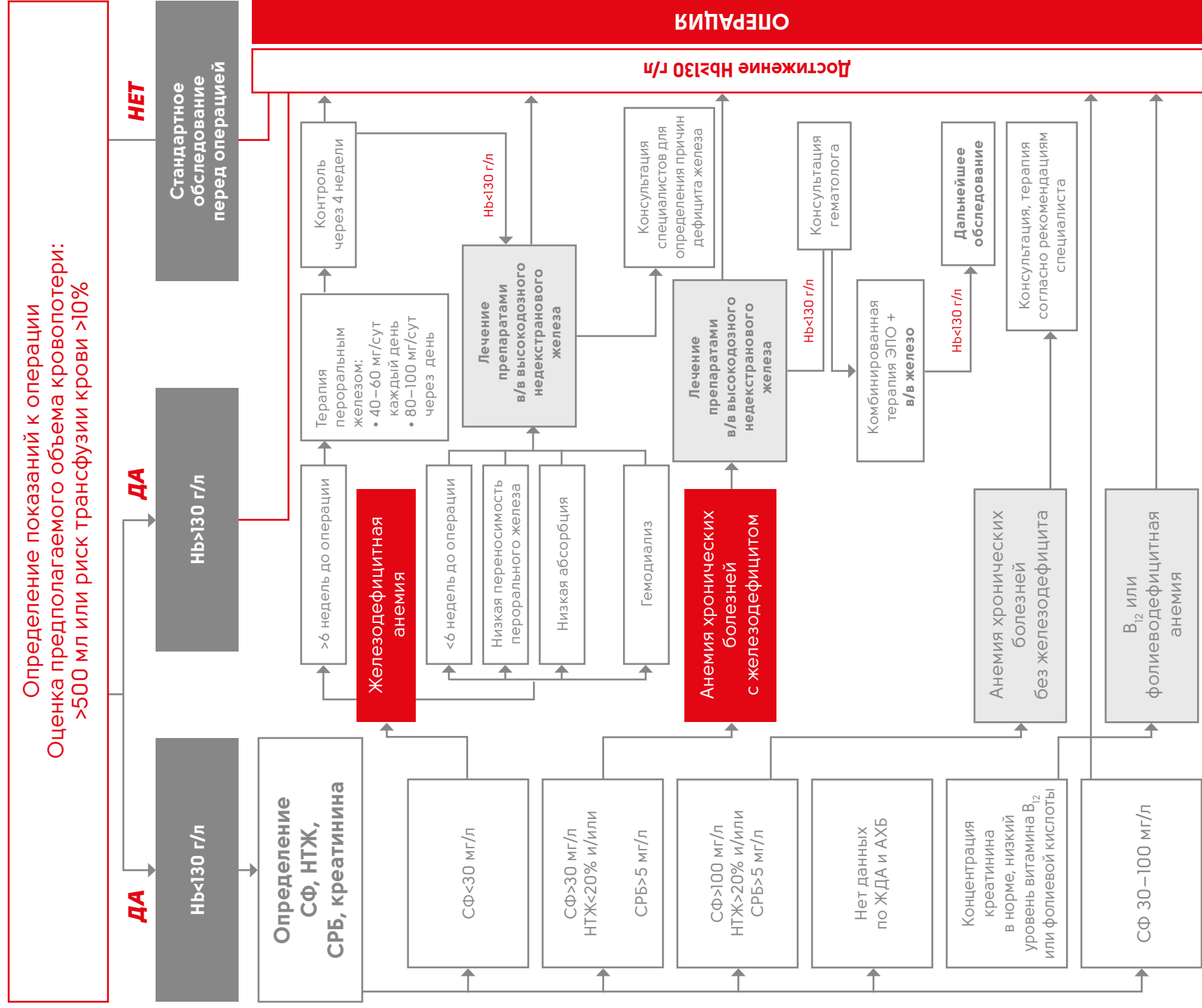
“ **Лечение ДЖ пероральными препаратами железа в ближайшем послеоперационном периоде играет ограниченную роль** вследствие плохого всасывания и значительных нежелательных явлений и не рекомендуется² ”

“ **Внутривенное введение однократной дозы 1000 мг карбоксимальтозата железа после больших операций способно скорректировать анемию** и улучшить качество жизни по сравнению с применением пероральных препаратов железа² ”

1. Muñoz M., et al. “An international consensus statement on the management of postoperative anaemia after major surgical procedures.” Anaesthesia 73.11 (2018): 1418–1431.

2. Диагностика и лечение периоперационной анемии и дефицита железа у хирургических пациентов : методическое руководство / коллектив авторов; ред. акад. РАН В. Н. Серов. – Чебоксары: ИД «Среда», 2021. – 60 с.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ В ПРЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ!

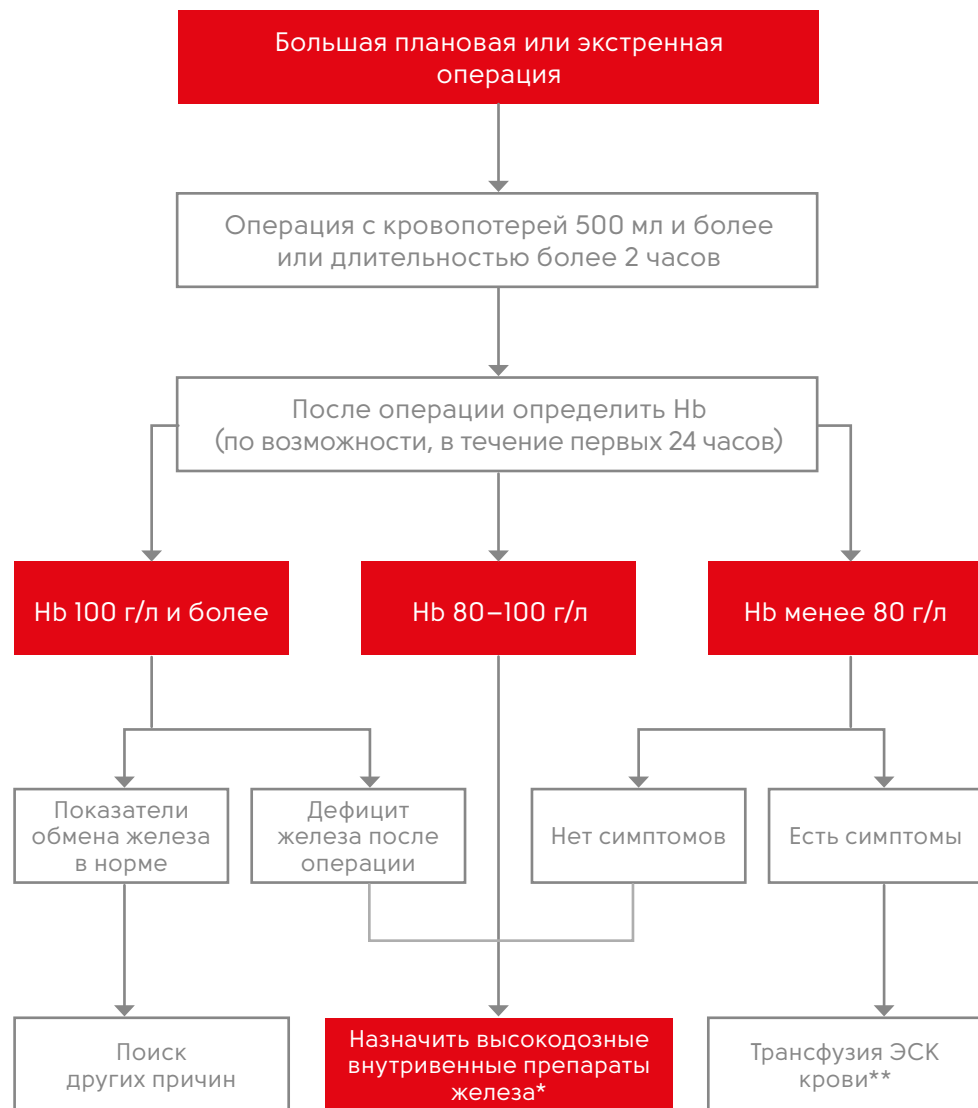


1. Алгоритмы ведения пациентов с железодефицитной анемией на этапе оказания ПМСП / Под редакцией О. М. Драпкиной. — М.: Видокас, 2021.

* Оптимальная достигнутая концентрация гемоглобина при анемии при злокачественных новообразованиях – 120 г/л.

** В случае состоявшейся кровопотери >500 мл или снижения гемоглобина на ≥30 г/л от исходного в/в введение железа в послеоперационном периоде – в соответствии с расчетной курсовой дозой. Последующая терапия в послеоперационном периоде – в соответствии с алгоритмом лечения ЖДА (целевая концентрация Нб >130 г/л (для мужчин), >120 г/л (для женщин)).

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ¹



*следует рассмотреть вопрос о дополнительном назначении ЭСП пациентам с тяжелой анемией или отказывающимся от переливания эритроцитной массы **следует перелить одну дозу эритроцитной массы, а потом оценить дальнейшую потребность в гемотрансфузиях; следует рассмотреть вопрос о назначении внутривенных препаратов железа после переливания эритроцитной массы; при расчете общего дефицита железа следует использовать концентрацию Hb после переливания эритроцитной массы
ЭСП – эритроцитоз-стимулирующий препарат; ЭСК – эритроцитсодержащие компоненты
Адаптировано из Munoz M., et al. Anaesthesia. 2019;73:1418–1431.

125047, Москва
ул. Бутырский Вал, д. 10, эт. 15, оф. 36а
Тел.: +7 (495) 564-82-66
E-mail: info.mo@viforpharma.com
www.viforpharma.com

CSL Vifor