

Противосвертывающая терапия и профилактика тромбозов

Выдержки из Руководства доказательной клинической практики Американского колледжа специалистов по заболеваниям органов грудной клетки (9-й пересмотр)

Ишемическая болезнь сердца Первичная профилактика

Лицам в возрасте ≥ 50 лет, у которых отсутствует манифестная ишемическая болезнь сердца (ИБС), рекомендован прием низких доз (75–100 мг/сут) аспирина, если данный препарат не был назначен по другим показаниям (2B).

Примечание. Какова бы ни была у этих лиц величина сердечно-сосудистого риска, аспирин обусловит лишь небольшое снижение общей смертности и только при условии длительного (>10 лет) приема. У лиц с умеренным и высоким риском сердечно-сосудистых событий уменьшение количества случаев острого инфаркта миокарда (ОИМ) тесно связано с повышением вероятности больших кровотечений. Независимо от особенностей профиля риска лица, не желающие длительно принимать препарат, очевидно, откажутся от его назначения для первичной профилактики. Скорее всего, аспирин станут принимать пациенты с умеренным и высоким сердечно-сосудистым риском, у которых желание предупредить развитие ОИМ будет преобладать над опасениями по поводу возможного развития желудочно-кишечного кровотечения.

Хроническая ишемическая болезнь сердца

Критериями хронической ИБС являются острый коронарный синдром (ОКС) в анамнезе (>1 года назад); проведение первичной реваскуляризации миокарда; стеноз венечных артерий >50% (по данным коронароангиографии); ишемия при нагрузочном тестировании (в т. ч. у больных, перенесших ОКС >1 года назад, и у пациентов, которым было выполнено аортокоронарное шунтирование). При хронической ИБС следует назначать длительную антитромбоцитарную монотерапию аспирином (75–100 мг/сут) или клопидогрелем (75 мг/сут), если такое лечение не было назначено по другим показаниям (1A). Монотерапия антиагрегантами, вероятно, более предпочтительна, чем комбинированное назначение аспирина и клопидогреля (2B).

Острый коронарный синдром

При развившемся <1 года назад ОКС, по поводу которого пациентам не проводили чрескожного вмешательства на коронарных артериях (ЧВКА), двойная терапия антиагрегантами (тикагрелор 90 мг 2 р/сут или клопидогрель 75 мг/сут + аспирин 75–100 мг/сут) имеет преимущества перед антитромбоцитарной монотерапией (1B). Очевидно, комбинация тикагрелор 90 мг 2 р/сут + аспирин 75–100 мг/сут имеет преимущество перед комбинацией клопидогрель 75 мг/сут + аспирин 75–100 мг/сут (2B).

При развившемся <1 года назад ОКС, по поводу которого пациентам проводили ЧВКА со стентированием, показана двойная антитромбоцитарная терапия (тикагрелор 90 мг 2 р/сут + аспирин 75–100 мг/сут или клопидогрель 75 мг/сут + аспирин 75–100 мг/сут), которая имеет преимущества перед монотерапией антиагрегантом (1B). Очевидно, комбинация тикагрелор 90 мг/сут + аспирин 75–100 мг/сут имеет преимущества перед комбинацией клопидогрель 75 мг/сут + аспирин 75–100 мг/сут (2B).

Примечание. Установлено, что прасутрель не показан больным с массой тела <60 кг, в возрасте >75 лет, а также перенесшим мозговую инсульт / транзиторную ишемическую атаку.

У пациентов с ОИМ и тромбом в левом желудочке (ЛЖ)/повышенным риском

тромбоза ЛЖ (фракция выброса (ФВ) ЛЖ <40%, дискинезия передневерхушечной стенки) следует придерживаться таких подходов.

- Если стентирование не проводилось, рекомендованы варфарин (целевое международное нормализованное отношение (МНО) 2,0–3,0) + аспирин 75–100 мг/сут или двойная антиагрегантная терапия на протяжении первых 3 мес (1B). Таким образом, после отмены варфарина больного следует переводить на двойную антитромбоцитарную терапию (длительностью 9 мес), после чего назначать монотерапию антиагрегантом.

- Если установлен непокрытый стент, то в течение 1 мес после вмешательства показана тройная терапия (варфарин (целевое МНО 2,0–3,0) + аспирин 75–100 мг/сут + клопидогрель 75 мг/сут), которая, вероятно, имеет преимущество перед двойной антитромбоцитарной терапией (2C). На протяжении 2–3 мес сочетание варфарина (целевое МНО 2,0–3,0) и одного антиагреганта, скорее всего, более предпочтительно, чем какой-либо иной режим противосвертывающей терапии, в т. ч. и прием варфарина любой другой длительности (2C). Далее варфарин рекомендовано отменить и на последующие 9 мес назначить двойную антитромбоцитарную терапию. По истечении этого срока пациентам следует принимать антиагрегантную монотерапию.

- Если установлен покрытый стент, то в течение первых 3–6 мес после вмешательства показана тройная терапия (варфарин (целевое МНО 2,0–3,0) + аспирин 75–100 мг/сут + клопидогрель 75 мг/сут), которая, вероятно, имеет преимущество перед каким-либо иным режимом противосвертывающей терапии, в т. ч. и перед приемом варфарина любой другой длительности (2C). Далее варфарин рекомендовано отменить и на последующие 6 мес назначить двойную антитромбоцитарную терапию. По истечении этого срока пациентам следует принимать антиагрегантную монотерапию.

Плановое чрескожное вмешательство на коронарных артериях

При плановом ЧВКА с установкой стента необходимо принимать во внимание указанные ниже моменты.

- Если установлен непокрытый стент, то двойная антитромбоцитарная терапия (аспирин 75–325 мг/сут + клопидогрель 75 мг/сут), назначаемая в течение 1 мес после вмешательства, имеет преимущество перед антитромбоцитарной монотерапией (1A). На протяжении последующих 11 мес двойная антитромбоцитарная терапия (аспирин 75–100 мг/сут + клопидогрель 75 мг/сут), вероятно, имеет преимущество перед антитромбоцитарной монотерапией (2C). По истечении этого срока пациентам рекомендуется назначать не двойную, а одинарную терапию антиагрегантом (1B).

- Если установлен покрытый стент, то двойная антитромбоцитарная терапия (аспирин 75–325 мг/сут + клопидогрель 75 мг/сут), назначаемая в течение первых 3–6 мес после вмешательства, имеет преимущество перед антитромбоцитарной монотерапией (1A). Продолжение двойной антитромбоцитарной терапии (аспирин 75–100 мг/сут + клопидогрель 75 мг/сут) в последующие 6–9 мес, очевидно, более предпочтительно, чем антитромбоцитарная монотерапия (2C). По истечении этого срока пациентам рекомендуется назначать не двойную, а одинарную терапию антиагрегантом (1B).

Примечание. Минимальная длительность двойной антитромбоцитарной терапии,

назначаемой на протяжении первых месяцев после вмешательства, зависит от покрытия стента (как правило, 3 мес — при покрытии сиролимузом, 6 мес — при покрытии паклитакселом).

При плановой установке стентов следует руководствоваться нижеизложенным.

- Рекомендовано принимать аспирин 75–100 мг/сут и клопидогрель 75 мг/сут без дополнительного назначения цилостазола (1B), причем данная комбинация, очевидно, более предпочтительна, чем сочетанный прием цилостазола с каким-то одним из указанных антиагрегантов (1B).

- Если вследствие аллергии либо другого вида непереносимости аспирина или клопидогреля противопоказаны, любой из них, вероятно, можно заменить цилостазолом (100 мг 2 р/сут), который, таким образом, будет компонентом двойной антитромбоцитарной терапии (2C).

В течение 1-го месяца после планового ЧВКА без установки стента двойная антитромбоцитарная терапия (аспирин 75–325 мг/сут + клопидогрель 75 мг/сут), скорее всего, имеет преимущество перед монотерапией антиагрегантом (2C). По истечении этого срока рекомендовано назначение одного антитромбоцитарного препарата, как и в случае хронической ИБС.

Систолическая дисфункция левого желудочка

При наличии систолической дисфункции ЛЖ рекомендуется придерживаться следующих подходов.

- Если отсутствует хроническая ИБС и в ЛЖ нет тромба, антитромбоцитарное средство и варфарин, скорее всего, назначать не следует (2C).

Примечание. У таких больных противосвертывающая терапия повышает риск желудочно-кишечного кровотечения. С другой стороны, неизвестно, в какой мере данное лечение может снизить риск мозгового инсульта. Тем не менее пациент, больше опасющийся мозгового инсульта, чем желудочно-кишечного кровотечения, вероятно, предпочтет принимать варфарин.

- Если отсутствует хроническая ИБС, но сформировался острый пристеночный тромбоз ЛЖ (например, при кардиомиопатии такотсубо), вероятно, целесообразен 3-месячный прием средних доз варфарина (целевое МНО 2,0–3,0) (2C).

- Если больной страдает хронической ИБС, антитромбоцитарная терапия проводится по общим правилам.

Пороки сердца

Ревматические пороки митрального клапана

В случае если синусовый ритм сохранен, а диаметр левого предсердия (ЛП) <55 мм, терапия антитромбоцитарными средствами и варфарином, скорее всего, не показана (2C).

Если синусовый ритм сохранен, а диаметр ЛП >55 мм, назначение варфарина (целевое МНО 2,5; допустимые колебания 2,0–3,0), очевидно, имеет преимущество перед лечением антиагрегантами и отсутствием противосвертывающей терапии как таковой (2C).

У пациентов с тромбом ЛП терапия варфарином (целевое МНО 2,5; допустимые колебания 2,0–3,0) имеет бесспорные преимущества перед отсутствием лечения (1A).

У пациентов с фибрилляцией предсердий независимо от наличия системной эмболии в анамнезе терапия варфарином (целевое МНО 2,5; допустимые колебания 2,0–3,0) имеет бесспорные преимущества перед отсутствием лечения (1A).

Ревматические пороки митрального клапана после проведения чрескожной митральной баллонной вальвулотомии

Если перед проведением чрескожной митральной баллонной вальвулотомии (ЧМБВ) с помощью трансэзофагеальной эхокардиографии (ТЭЭ) был выявлен тромб в ЛП, следует отложить вмешательство и назначить варфарин (целевое МНО 3,0; допустимые колебания 2,5–3,5), прием которого должен длиться до тех пор, пока по данным повторной ТЭЭ не произойдет лизис тромба. Такая тактика более предпочтительна, чем отсутствие терапии варфарином (1A). Если на фоне введения варфарина тромб в ЛП не лизируется, ЧМБВ проводить не следует (1A).

Незакрытое овальное окно и аневризма предсердной перегородки

Большим, у которых незакрытое овальное окно и аневризма предсердной перегородки протекают бессимптомно, противосвертывающая терапия, скорее всего, не показана (2C). Если у таких пациентов развивается мозговой инсульт, им необходимо принимать аспирин (50–100 мг/сут), терапия которым предпочтительнее, чем отсутствие лечения (1A). Если на фоне приема аспирина возникают повторные цереброваскулярные события, более эффективной тактикой, вероятно, является отмена данного препарата, назначение варфарина (целевое МНО 2,5; допустимые колебания 2,0–3,0) и оценка целесообразности пластики дефекта (2C). Если у больных, перенесших мозговой инсульт, незакрытое овальное окно сочетается с тромбозом глубоких вен, им рекомендована терапия варфарином (целевое МНО 2,5; допустимые колебания 2,0–3,0) на протяжении 3 мес (1B) с последующим рассмотрением целесообразности пластики дефекта. Данная тактика обладает преимуществом по сравнению с отсутствием лечения либо приемом аспирина (2C).

Первичный инфекционный эндокардит

Большим инфекционным эндокардитом, скорее всего, противопоказана рутинная терапия антикоагулянтами (1C) и антиагрегантами (1B).

Инфекционный эндокардит искусственного клапана

Варфарин, который принимает пациент с искусственным клапаном сердца, при возникновении первых же признаков инфекционного эндокардита, вероятно, должен быть отменен. Препарат можно назначить вновь, если на фоне клинического улучшения отсутствуют какие-либо признаки поражения центральной нервной системы, а необходимость оперативного вмешательства полностью исключена (2C).

Асептический бородавчатый эндокардит

У больных с асептическим бородавчатым эндокардитом, сопровождающимся системной или легочной тромбоэмболией, введение полных доз гепарина (нефракционированного внутривенно или низкомолекулярного подкожно), очевидно, имеет преимущество перед отсутствием антикоагулянтной терапии (2C).

Биопротезы клапанов сердца

В первые 3 мес после биопротезирования аортального клапана у пациентов с сохранным синусовым ритмом, не имеющих иных показаний для назначения варфарина, терапия аспирином (50–100 мг/сут), вероятно, более предпочтительна, чем прием варфарина (2C).

После транскатетерного биопротезирования аортального клапана двойная антитромбоцитарная терапия (аспирин 50–100 мг/сут +

клопидогрель 75 мг/сут), скорее всего, более эффективна, чем прием варфарина (2С).

После биопротезирования митрального клапана назначение профилактических доз нефракционированного гепарина (целевое МНО 2,5; допустимые колебания 2,0-3,0), очевидно, предпочтительнее отсутствия терапии (2С).

По истечении 3 мес после биопротезирования сердечных клапанов у пациентов с сохраненным синусовым ритмом назначение аспирина, вероятно, более предпочтительно, чем отсутствие терапии (2С).

Механические клапаны сердца

В раннем послеоперационном периоде (0-5 сут) назначение профилактических доз нефракционированного гепарина либо профилактических/терапевтических доз низкомолекулярных гепаринов, очевидно, имеет преимущество перед внутривенным введением терапевтических доз нефракционированного гепарина (2С).

Терапия варфарином на протяжении неопределенно долгого времени, скорее всего, более предпочтительна, чем отсутствие лечения (1В).

У больных с механическим протезом аортального клапана терапия варфарином в дозах, обеспечивающих достижение целевого МНО на уровне 2,5 (допустимые колебания 2,0-3,0), вероятно, имеет преимущество перед назначением варфарина в более низких (2С) или более высоких (1В) дозах.

У больных с механическим протезом митрального клапана терапия варфарином в дозах, обеспечивающих достижение целевого МНО на уровне 3,0 (допустимые колебания 2,5-3,5), вероятно, имеет преимущество перед назначением варфарина в более низких дозах (2С).

У больных с механическими протезами двух клапанов (аортального и митрального) терапия варфарином в дозах, обеспечивающих достижение целевого МНО на уровне 3,0 (допустимые колебания 2,5-3,5), вероятно, имеет преимущество перед назначением варфарина в более низких дозах (2С).

У больных с механическим протезом митрального или аортального клапана и низким риском геморрагических осложнений дополнительное назначение 50-100 мг/сут аспирина, скорее всего, имеет преимущество перед монотерапией варфарином (1В).

Примечание. Нужно быть осторожным при назначении аспирина больным с повышенным риском геморрагических осложнений (например, в случае желудочно-кишечного кровотечения в анамнезе).

У больных с механическим протезом митрального или аортального клапана терапия варфарином, очевидно, более эффективна, чем лечение антитромбоцитарными средствами (1В).

Реконструктивные вмешательства на клапанах сердца

У больных с сохраненным синусовым ритмом в течение первых 3 мес после реконструкции митрального клапана и установки фиксатора антитромбоцитарная терапия, вероятно, имеет преимущество перед назначением варфарина (2С).

У больных, которым провели реконструкцию аортального клапана, назначение аспирина в дозе 50-100 мг/сут, вероятно, предпочтительнее терапии варфарином (2С).

Тромбоз искусственного клапана

При отсутствии противопоказаний тромбоз искусственного клапана правых отделов сердца, вероятно, требует фибринолитической терапии, а не хирургического вмешательства (2С).

При значительном тромбозе искусственного клапана левых отделов сердца (площадь тромба $\geq 0,8$ см²) раннее хирургическое вмешательство, скорее всего, предпочтительнее фибринолитической терапии (2С). При наличии противопоказаний к вмешательству, очевидно, следует назначать фибринолитическую терапию (2С).

При небольшом тромбозе искусственного клапана левых отделов сердца (площадь тромба $< 0,8$ см²) фибринолитическая терапия,

вероятно, предпочтительнее хирургического вмешательства. В случае необструктивного тромбоза очень малых размеров внутривенное введение нефракционированного гепарина под контролем повторной доплеровской эхокардиографии (2С), констатирующей положительную динамику, скорее всего, имеет преимущество перед какими-либо иными видами терапии (2С).

Фибрилляция предсердий Фибрилляция предсердий неревматического генеза

У больных с фибрилляцией предсердий (ФП), в т. ч. пароксизмальной, и низким риском мозгового инсульта (например, 0 баллов по CHADS₂) отсутствие лечения, вероятно, предпочтительнее приема антитромбоцитарных средств (2В). Больным, которые принимают противосвертывающую терапию, очевидно, показаны не пероральные антикоагулянты или двойная антитромбоцитарная терапия (аспирин + клопидогрель), а прием аспирина в дозе 75-325 мг/сут (2В).

Примечание. Скорее всего, аспирин станут принимать пациенты, у которых желание предупредить развитие мозгового инсульта будет существенно преобладать над опасениями по поводу возможного развития желудочно-кишечного кровотечения, обусловленного противосвертывающей терапией. На тактику ведения таких пациентов могут влиять и другие факторы, в частности профиль индивидуального риска геморрагических осложнений и наличие дополнительных факторов риска мозгового инсульта — возраст от 65 до 74 лет и женский пол, а также атеросклероз периферических сосудов (первые два фактора обладают большей доказательной базой, чем третий). Наличие нескольких факторов рисков, не входящих в систему CHADS₂, может служить основанием для назначения пероральных антикоагулянтов.

У больных с ФП, в т. ч. пароксизмальной, и промежуточным риском мозгового инсульта (например, 1 балл по CHADS₂) назначение пероральных антикоагулянтов более предпочтительно, чем отсутствие лечения (2В), прием аспирина (75-325 мг/сут) или комбинация аспирина и клопидогреля (2В). Пациентам, которым по каким-либо причинам нельзя назначить пероральные антикоагулянты, вероятно, лучше принимать комбинацию аспирина и клопидогреля, чем аспирин в дозе 75-325 мг/сут (2В).

Примечание. См. предыдущее примечание.

У больных с ФП, в т. ч. пароксизмальной, и высоким риском мозгового инсульта (например, ≥ 2 балла по CHADS₂) назначение пероральных антикоагулянтов более предпочтительно, чем отсутствие лечения (1А), прием аспирина (75-325 мг/сут) или комбинация аспирина и клопидогреля (1В). Пациентам, которым по каким-либо причинам нельзя назначить пероральные антикоагулянты, вероятно, лучше принимать комбинацию аспирина и клопидогреля, чем аспирин в дозе 75-325 мг/сут (1В).

У больных с ФП, в т. ч. пароксизмальной, которым рекомендован прием пероральных антикоагулянтов, лучше назначать дабигатран (150 мг 2 р/сут), чем варфарин (целевое МНО 2,0-3,0) (2В).

Примечание. Дабигатран выводится из организма, главным образом, с мочой. Поэтому до проведения соответствующих исследований препарат считается противопоказанным при тяжелой почечной недостаточности (расчетная скорость клубочковой фильтрации ≤ 30 мл/мин). Следует помнить, что антидот дабигатрана отсутствует.

Фибрилляция предсердий у больных с митральным стенозом

У больных с ФП на фоне митрального стеноза назначение варфарина (целевое МНО 2,0-3,0) более предпочтительно, чем отсутствие лечения, прием аспирина (75-325 мг/сут) или комбинация аспирина и клопидогреля (1В). Пациентам, которым по каким-либо причинам нельзя назначить варфарин, лучше принимать комбинацию аспирина и клопидогреля, чем монотерапию аспирином в дозе 75-325 мг/сут (1В).

Фибрилляция предсердий у больных с хронической ишемической болезнью сердца

Если больной с ФП на фоне ИБС (кроме случаев ОКС, развившегося менее года назад) предпочитает принимать пероральные антикоагулянты, то монотерапия варфарином (целевое МНО 2,0-3,0), скорее всего, имеет преимущество перед комбинацией варфарина и аспирина (2С).

Фибрилляция предсердий у больных с внутрикороноварным стенозом

У больных с ФП и высоким риском мозгового инсульта (например, ≥ 2 балла по CHADS₂) в течение 1 мес после установки непокрытого стента либо первых 3-6 мес после установки покрытого стента тройная терапия (например, варфарин + аспирин + клопидогрель), очевидно, имеет преимущество перед двойной антитромбоцитарной терапией (например, аспирин + клопидогрель) (2С). По истечении этого срока, вероятно, более предпочтительным является назначение комбинации варфарина (целевое МНО 2,0-3,0) и антиагреганта, чем монотерапия варфарином (2С). После 12 мес лечения таких больных должно соответствовать терапии ФП на фоне хронической ИБС. У больных с ФП и низким/промежуточным риском мозгового инсульта (например, 0-1 балл по CHADS₂) в течение первых 12 мес после установки стента (покрытого или непокрытого) комбинация двух антиагрегантов, скорее всего, имеет преимущество перед тройной терапией (2С). После 12 мес лечения должно соответствовать терапии ФП на фоне хронической ИБС.

Примечание. Скорее всего, тройную, а не двойную терапию станут принимать те лица, у которых желание предупредить развитие мозгового инсульта будет существенно преобладать над опасениями по поводу возможного развития желудочно-кишечного кровотечения, обусловленного антикоагулянтами. На тактику ведения таких пациентов могут влиять и другие факторы, в частности профиль индивидуального риска геморрагических осложнений и наличие дополнительных факторов риска мозгового инсульта.

Фибрилляция предсердий при остром коронарном синдроме у больных, которым не производили стентирования коронарных артерий

При наличии промежуточного/высокого риска мозгового инсульта (например, ≥ 1 балл по CHADS₂) у больных с ФП на фоне ОКС, в связи с которым не было проведено коронарного стентирования, в течение первых 12 мес прием варфарина (целевое МНО 2,0-3,0) и одного антитромбоцитарного средства, вероятно, предпочтительнее назначения как двойной антитромбоцитарной терапии (например, аспирин + клопидогрель), так и тройной комбинации (варфарин + аспирин + клопидогрель) (2С). У больных с ФП и низким риском мозгового инсульта (например, 0 баллов по CHADS₂) комбинация двух антиагрегантов, скорее всего, имеет преимущество как перед сочетанным приемом варфарина (целевое МНО 2,0-3,0) и одного антиагреганта, так и перед тройной терапией (например, варфарин + аспирин + клопидогрель) (2С). По истечении 12 мес терапия независимо от риска мозгового инсульта должна соответствовать лечению ФП на фоне хронической ИБС.

Примечание. Скорее всего, пациенты, у которых желание предупредить развитие мозгового инсульта будет существенно преобладать над опасениями по поводу возможного развития желудочно-кишечного кровотечения, обусловленного антикоагулянтами, станут принимать не двойную антитромбоцитарную терапию, а комбинацию варфарина и одного антиагреганта. На тактику ведения таких пациентов могут влиять и другие факторы, в частности профиль индивидуального риска геморрагических осложнений и наличие дополнительных факторов риска мозгового инсульта.

Фибрилляция предсердий на фоне терапии, контролирующей сердечный ритм

У пациентов, которым осуществляют контроль сердечного ритма (фармакологический

или посредством катетерной абляции), решение о необходимости противосвертывающей терапии, скорее всего, необходимо принимать, руководствуясь общими правилами, даже если этим больным удалось восстановить синусовый ритм (2С).

Трепетание предсердий

У больных с трепетанием предсердий решение о необходимости противосвертывающей терапии необходимо принимать, руководствуясь теми же принципами, что и у пациентов с ФП.

Фибрилляция предсердий у больных, которым осуществляют плановую кардиоверсию

Если больному с ФП, длительность которой > 48 ч либо неизвестна, планируют проведение плановой электрической или медикаментозной кардиоверсии, ему показан прием антикоагулянта: варфарина в дозе, обеспечивающей целевое МНО 2,0-3,0, или низкомолекулярного гепарина в полной дозе (как для лечения венозной тромбоемболии), или дабигатрана. Антикоагулянтная терапия, предшествующая кардиоверсии, должна длиться либо 3 нед, либо — в случае мониторинга с помощью ТЭЭ — до исчезновения/уменьшения тромба (1В). При любом исходном риске мозгового инсульта после успешной кардиоверсии, приведшей к восстановлению синусового ритма, антикоагулянтная терапия продолжительностью по меньшей мере 4 нед имеет преимущество перед отсутствием лечения (1В). Решение о целесообразности дальнейшего приема антикоагулянта следует принимать, основываясь на стандартных принципах оценки риска длительной противосвертывающей терапии.

Если больному с ФП, продолжительность которой составляет > 48 ч, планируют проведение плановой электрической или медикаментозной кардиоверсии, ему начиная с момента постановки диагноза вплоть до проведения кардиоверсии показана терапия антикоагулянтам (низкомолекулярным или нефракционированным гепарином в полной дозе как для лечения венозной тромбоемболии). Откладывать кардиоверсию для того, чтобы провести курс антикоагулянтной терапии (под контролем ТЭЭ либо без такового), очевидно, не следует (2С). При любом исходном риске мозгового инсульта после успешной кардиоверсии, приведшей к восстановлению синусового ритма, антикоагулянтная терапия продолжительностью по меньшей мере 4 нед имеет преимущество перед отсутствием лечения (2С). Решение о целесообразности дальнейшего приема антикоагулянта следует принимать, основываясь на стандартных принципах оценки риска длительной противосвертывающей терапии.

Фибрилляция предсердий у больных, которым проводят неотложную кардиоверсию

Если гемодинамически нестабильному больному с ФП планируют проведение неотложной электрической или медикаментозной кардиоверсии, то до начала воздействия по возможности ему нужно ввести парентеральный антикоагулянт (2С), однако необходимость введения данного препарата не должна приводить к какой-либо отсрочке кардиоверсии (2С). При любом исходном риске мозгового инсульта после успешной кардиоверсии, приведшей к восстановлению синусового ритма, антикоагулянтная терапия продолжительностью по меньшей мере 4 нед имеет преимущество перед отсутствием лечения (2С). Решение о целесообразности дальнейшего приема антикоагулянта следует принимать, основываясь на стандартных принципах оценки риска длительной противосвертывающей терапии.

Трепетание предсердий у больных, которым проводят плановую или неотложную кардиоверсию

Профилактика тромбозов у этой категории пациентов осуществляется согласно принципам, разработанным для больных с ФП.

Перевел с англ. Глеб Данин