

**Обновленные рекомендации по диагностике и
лечению
фибрилляции предсердий ESC 2024 года:
аспекты антикоагулянтной
терапии**

Драгунова М.А. , к.м.н., н.с. лаборатории высоких технологий диагностики и
лечения НРС НИИ кардиологии Томский НИМЦ

Конфликт интересов

- Автор заявляют об отсутствии конфликта интересов



Клинические рекомендации

Фибрилляция и трепетание предсердий

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: I48.0 I48.1 I48.2 I48.3 I48.4 I48.9

Возрастная группа: Взрослые

Год утверждения: 2020

Разработчик клинической рекомендации:

- Российское кардиологическое общество при участии:
- Всероссийского научного общества специалистов по клинической электрофизиологии, аритмологии и кардиостимуляции
- Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России

«Одобрено на заседании Научно-практического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации (заседание от 16.10.2020г. протокол №38/2-3-4)»



European Heart Journal (2024) 45, 3314–3414
European Society of Cardiology
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae176>

ESC GUIDELINES

2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)

Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC.
Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO)

Authors/Task Force Members: Isabelle C. Van Gelder *[†], (Chairperson) (Netherlands), Michiel Rienstra [‡], (Task Force Co-ordinator) (Netherlands), Karina V. Bunting [‡], (Task Force Co-ordinator) (United Kingdom), Ruben Casado-Arroyo (Belgium), Valeria Caso ¹ (Italy), Harry J.G.M. Crijns (Netherlands), Tom J.R. De Potter (Belgium), Jeremy Dwight (United Kingdom), Luigina Guasti (Italy), Thorsten Hanke ² (Germany), Tiny Jaarsma (Sweden), Maddalena Lettino (Italy), Maja-Lisa Løchen (Norway), R. Thomas Lumbers (United Kingdom), Bart Maesen ² (Netherlands), Inge Mølgaard (Denmark), Giuseppe M.C. Rosano (United Kingdom), Prashanthan Sanders (Australia), Renate B. Schnabel (Germany), Piotr Suwalski ² (Poland), Emma Svennberg (Sweden), Juan Tamargo (Spain), Otilia Tica (Romania), Vassil Traykov (Bulgaria), Stylianos Tzeis (Greece), Dipak Kotecha *[†], (Chairperson) (United Kingdom), and ESC Scientific Document Group

* Corresponding authors: Isabelle C. Van Gelder, Department of Cardiology, University of Groningen, University Medical Center Groningen, Groningen, Netherlands. Tel: +31 50 361 1327. Email: i.c.vangelder@umcg.nl; and Dipak Kotecha, Institute of Cardiovascular Sciences, University of Birmingham, United Kingdom & NIHR Birmingham Biomedical Research Centre, University Hospitals Birmingham NHS Foundation Trust, Birmingham, United Kingdom. Tel: +44 121 371 8124. Email: d.kotecha@bham.ac.uk

[†] The two Chairpersons contributed equally to the document and are joint corresponding authors.

[‡] The two Task Force Co-ordinators contributed equally to the document.

Author/Task Force Member affiliations are listed in author information.

¹ Representing European Stroke Organisation (ESO).

² Representing European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS).

ESC Clinical Practice Guidelines (CPG) Committee: listed in the Appendix.

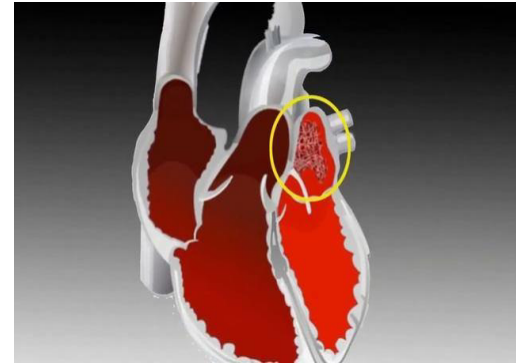
ESC subspecialty communities having participated in the development of this document:

Старт антикоагулянтной терапии

ФП является основным фактором риска тромбоза, независимо от того, является ли она пароксизмальной, персистирующей или постоянной.

Риск ишемического инсульта при ФП увеличивается в пять раз, и один из каждых пяти инсультов связан с ФП

Антиагрегантные препараты (аспирин или аспирин в сочетании с клопидогрелем) не рекомендуются для профилактики инсульта при ФП



ГЛОБАЛЬНАЯ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФП
(в 2016г во всем мире 43,6 млн человек имели ФП/ТП)

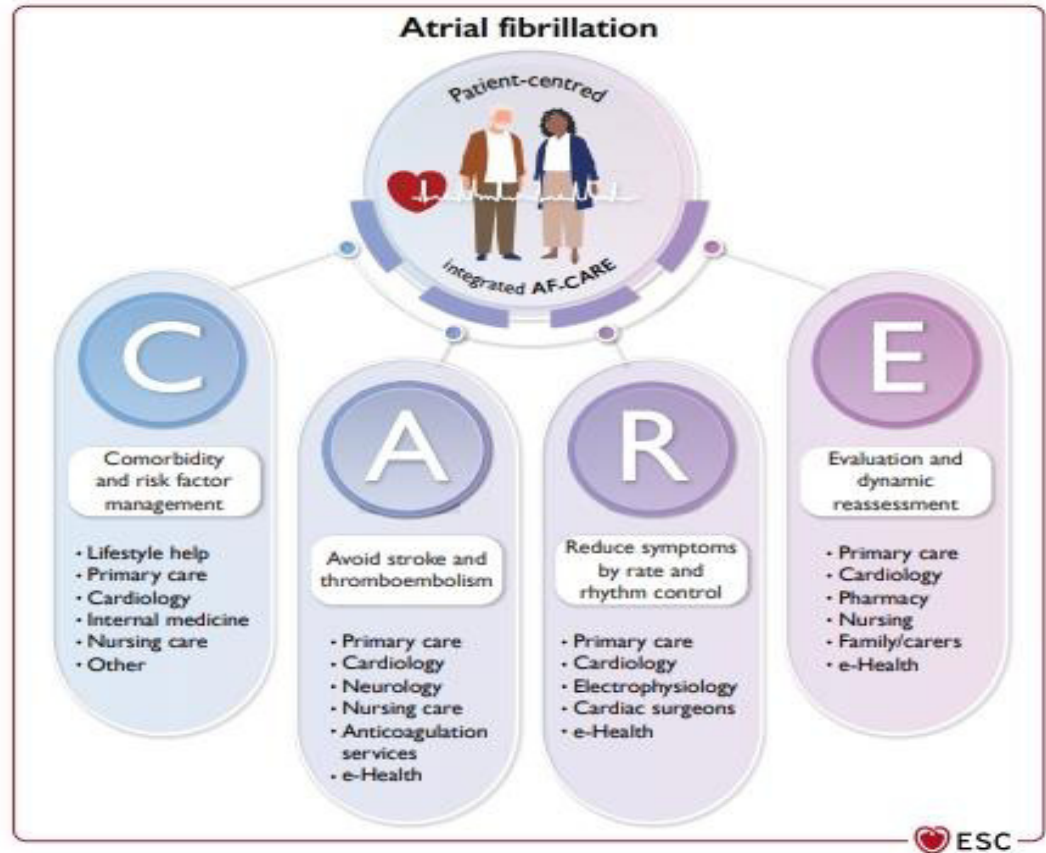


Компоненты пациентоориентированного управления ФП

Оптимальное лечение

в соответствии с путем **AF-CARE**, который включает:


- **[C]** Управление сопутствующими заболеваниями и факторами риска
- **[A]** Профилактика инсульта и тромбоэмболии
- **[R]** Уменьшение симптомов путем контроля частоты и ритма
- **[E]** Оценка и динамическая переоценка




Check-list перед назначением антикоагулянтов пациентам с ФП



Оценить риск инсульта по шкале CHA₂DS₂-VASc



Оценить риск кровотечений по шкале HAS-BLED; выявить модифицируемые и частично модифицируемые факторы риска кровотечений и по возможности их скорректировать



Оценить наличие противопоказаний к антикоагулянтной терапии



Оценить функцию почек



Учесть клинические особенности пациента



Выбрать антикоагулянт и дозу

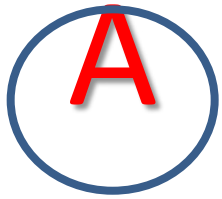
Шкала CHA₂DS₂-VAS для оценки риска инсульта у больных ФП

Фактор риска	Баллы
C - клинические симптомы ХСН; объективно подтверждённая умеренная или тяжёлая систолическая дисфункция ЛЖ (в т. ч. бессимптомная);	1
H - артериальная гипертензия или приём антигипертензивных препаратов	1
A - возраст ≥ 75 лет	2
D - сахарный диабет 1 и 2 типа (глюкоза крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л или приём пероральных сахароснижающих препаратов/инсулинотерапия)	1
S -инсульт, транзиторная ишемическая атака или тромбоэмболии в анамнезе	2
V - сосудистые заболевания (ангиографически подтверждённая ИБС; инфаркт миокарда в анамнезе; клинически значимый атеросклероз периферических артерий; атеросклеротические бляшки в аорте)	1
A - возраст 65–74 года	1
S -женский пол	
Максимально возможная сумма баллов	9

0 баллов – низкий риск; **1 балл** – средний риск; **≥ 2 баллов** – высокий риск

CHA2DS2-VA

CHA2DS2-VA		Определение	Балл
C	ХСН	Симптомы и признаки сердечной недостаточности (независимо от фракции выброса левого желудочка, включая HFpEF, HFmrEF и HFrEF) или наличие бессимптомной фракции выброса левого желудочка $\leq 40\%$.	1
H	Гипертензия	Артериальное давление в состоянии покоя $>140/90$ мм рт. ст. по крайней мере в двух случаях или текущее антигипертензивное лечение	1
A	Возраст 75 лет и старше	Возраст является независимым фактором, определяющим риск ишемического инсульта	2
D	Сахарный диабет	Сахарный диабет (тип 1 или тип 2) или лечение сахароснижающей терапией	1
S	Предшествующий инсульт, ТИА или артериальная тромбоэмболия	Предшествующая тромбоэмболия связана с очень высоким риском рецидива и поэтому оценивается в 2 балла.	2
V	Сосудистые заболевания	ИБС, включая перенесенный ИМ, стенокардию, коронарная реваскуляризации (хирургической или чрескожной) и значительную ИБС по данным ангиографии или визуализации сердца. Заболевания периферических сосудов, включая: перемежающуюся хромоту, предыдущую реваскуляризацию по поводу ЗПС, чрескожное или хирургическое вмешательство на брюшной аорте и сложную аортальную бляшку по данным визуализации (определяется как признаки подвижности, изъязвления, ножки или толщины ≥ 4 мм).	1
A	Возраст 65–74 года	1 балл дается за возраст от 65 до 74 лет	1



Защита от инсультов и системных ТЭ

Риск ТЭ → CHA2DS2-VA → Выбор АКТ → Оценка риска кровотечений → Защита от кровотечений

Начать лечение АКТ (I класс)

ОАКТ, если CHA2DS2-VA > 2 (I класс)

ПОАК, кроме мех. протезов клапанов и митр. стеноза (I класс)

Выявление и устранение всех модифицируемых ФР (I класс)

Противопоказана комбинация ОАКТ + АТТ (III класс)

Тип ФП не имеет значения (III класс)

ОАКТ, если CHA2DS2-VA > 1 (II а класс)

Если АВК, то МНО 2-3 (I класс)

Высокий риск кровотечений не причина отказа от ОАК (III класс)

Избегать АТТ после 12 мес при ИБС/ПВД, получающих ОАК (III класс)

АТТ не является альтернативой (III класс)

ВНТД > 70% (II а класс)

или переход на ПОАК (I класс)

Рекомендации по антикоагулянтной терапии, ESC 2024

Оценку по CHA2DS2-VA 2 или более балла рекомендуется как считать индикатором повышенного тромбоэмболического риска для принятия решения о начале пероральной антикоагуляции	I	C
Оценку CHA2DS2-VA 1 балл следует считать индикатором повышенного тромбоэмболического риска для принятия решения о начале пероральной антикоагуляции	IIa	C
Рекомендуется индивидуальная переоценка тромбоэмболического риска через определенные интервалы времени у пациентов с ФП для обеспечения начала антикоагуляции у соответствующих пациентов	I	B
Пероральные антикоагулянты рекомендуются всем пациентам с ФП и ГКМП или амилоидозом сердца	I	B
Терапия пероральными прямыми антикоагулянтами может рассматриваться у пациентов с бессимптомной субклинической ФП, обнаруженной с помощью устройства, и повышенным тромбоэмболическим риском для предотвращения ишемического инсульта и тромбоэмболии, за исключением пациентов с высоким риском кровотечения	IIb	B
Сниженная доза терапии ПОАК не рекомендуется , если только пациенты не соответствуют специфическим критериям снижения дозы ПОАК, для предотвращения недостаточной дозировки и предотвратимых тромбоэмболических событий	III	B

Антикоагулянтная терапия

- Решение вопроса о назначении терапии оральными антикоагулянтами для профилактики ТЭО рекомендуется всем пациентам с пароксизмальной или персистирующей/постоянной формой ФП, имеющих по шкале CHA2DS2-VASC **2 и более баллов для мужчин и 3 и более баллов для женщин.**

ЕОК IA (УУР А, УДД 2)

- При инициации антикоагулянтной терапии у пациентов с ФП и неклапанной ФП рекомендовано, при отсутствии противопоказаний, назначение ПОАК, но не непрямым антикоагулянтам (антигонистов витамина К), в связи с меньшим риском развития инсульта, геморрагических интракраниальных осложнений и смерти.

ЕОК IA (УУР А, УДД 1)

- Рекомендуется перевод на прием апиксабана, ривароксабана или дабигатрана этексилата пациентов с ХСН и ФП, находящихся на терапии непрямыми антикоагулянтами, в случае плохого контроля МНО или предпочтения пациента при отсутствии противопоказаний для увеличения эффективности и безопасности терапии. **ЕОК IIbA (УУР В, УДД 1)**

Алгоритмы смены антикоагулянта

Б. Алгоритм для пациентов, получающих ПОАК



МНО-международное нормализованное отношение, ПОАК-прямые оральные антикоагулянты

Таблица III. Алгоритм смены антикоагулянта

А. Алгоритм для пациентов, получающих АВК



МНО-международное нормализованное отношение, ПОАК-прямые оральные антикоагулянты

Клинические рекомендации «Фибрилляция предсердий»,
2020, одобренные Минздравом РФ

Шкала HAS-BLED для оценки риска кровотечений у больных ФП

Оценка и управление модифицируемыми факторами риска кровотечения:

- ✓ Контроль АД
- ✓ Отмена аспирина, НПВС
- ✓ Снижение употребления алкоголя

Фактор риска	Баллы
H - Неконтролируемая артериальная гипертензия (САД >160 мм рт. ст.)	1
A - Нарушенная функция печени (цирроз; повышение билирубина >2 раз от верхней границы нормы в сочетании с повышением АСТ/АЛТ/щелочной фосфатазы >3 раз от верхней границы нормы) Нарушенная функция почек (диализ, трансплантация, сывороточный креатинин >200 мкмоль/л)	1 (за каждый)
S - Ишемический или геморрагический* инсульт в анамнезе	1
B - Кровотечение в анамнезе и/или предрасположенность к кровотечениям (большое кровотечение в анамнезе; анемия; тяжёлая тромбоцитопения)	1
L - Лабильное МНО (<60% времени в терапевтическом диапазоне) у пациентов, получающих варфарин ^S	1
E -Возраст >65 лет или «хрупкий» пациент	1
D - Приём лекарств, повышающих риск кровотечения (НПВП, антиагреганты) Злоупотребление алкоголем («запой» или >14 единиц в неделю)	1 (за каждый)
Максимально возможная сумма баллов	9
0–2 балла – низкий риск; ≥3 баллов – высокий риск	

Высокие баллы по HAS-BLED не повод не назначать АКТ

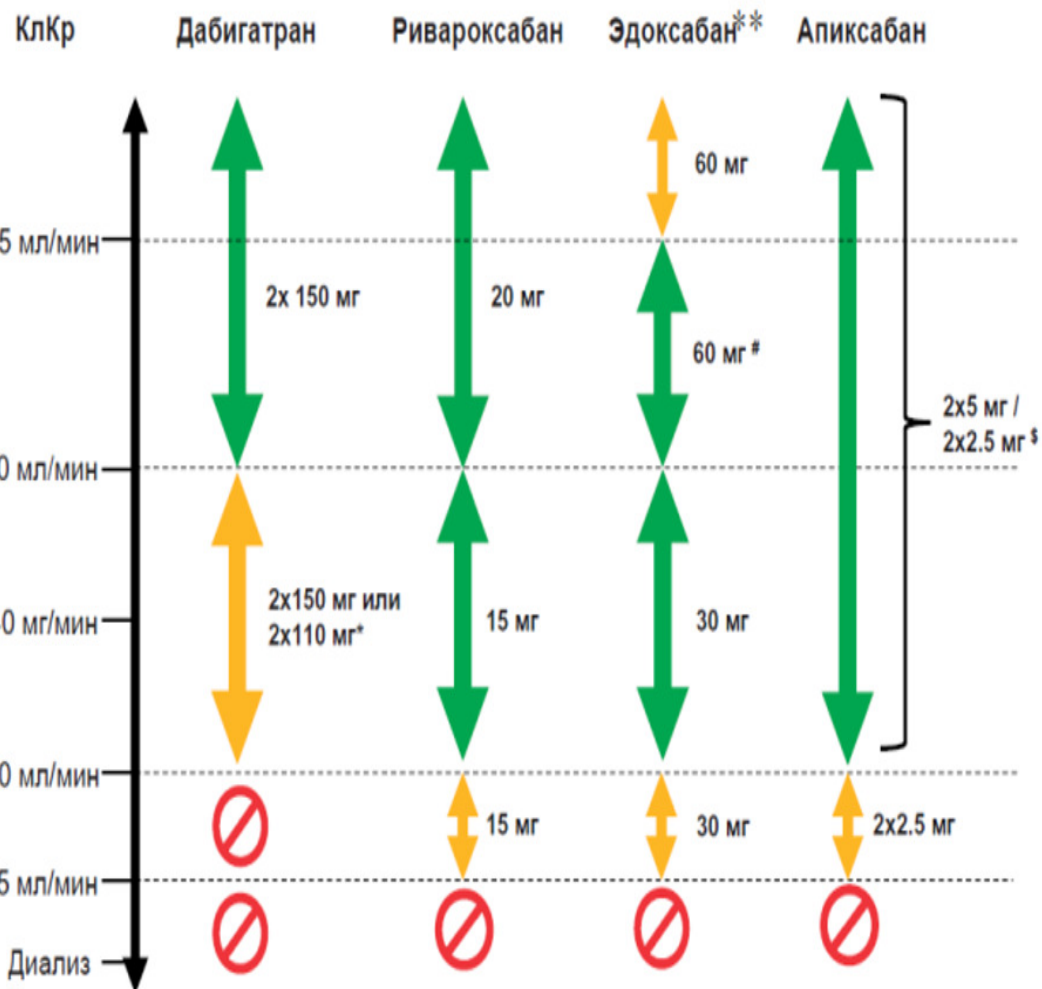
Факторы риска кровотечений у больных ФП (ESC, 2024)

Немодифицируемые ФР	Потенциально модифицируемые ФР	Модифицируемые ФР
Возраст >65 лет Большое кровотечение в анамнезе Тяжёлое нарушение функции почек (трансплантация почки или гемодиализ) Тяжёлое нарушение функции печени (цирроз) Онкологическое заболевание Генетические факторы (в т. ч. полиморфизмы гена CYP2C9) Инсульт в анамнезе Сахарный диабет 1 или 2 типа Когнитивные нарушения/деменция	Синдром «хрупкости» и/или высокий риск падений Анемия Снижение количества или нарушение функции тромбоцитов Нарушение функции почек (клиренс креатинина <60 мл/мин) Контроль уровня антикоагуляции на терапии АВК*	Артериальная гипертензия/повышенное систолическое АД Сопутствующий приём антиагрегантов/НПВП Злоупотребление алкоголем Отсутствие приверженности к антикоагулянтной терапии Опасные профессии/увлечения Терапия «моста» с гепарином Лабильное МНО [§] Ошибки при назначении антикоагулянта и/или выборе дозы

* стратегии контроля: более частый контроль МНО, специальные антикоагулянтные клиники, обучение пациентов

[§] у пациентов, получающих АВК

ПОАК при нарушении функции почек



рСКФ	Дабигатран	Ривароксабан	Апиксабан
>95 мл/мин	2 x 150 мг	20 мг	2 x 5 мг / 2 x 2,5 мг (см. критерии снижения дозы)
50-94 мл/мин			
30-49 мл/мин	2 x 150 мг / 2 x 110 мг (при высоком риске кровотечения)	15 мг	
15-29 мл/мин	Нельзя использовать	15 мг (с осторожностью)	2 x 2,5 мг (с осторожностью)
Диализ	Нельзя использовать	Нельзя использовать	Нельзя использовать

ПОАК	Стандартная доза	Критерии для снижения дозы	Сниженная доза
Апиксабан	5 мг 2 раза в день	2 из 3 критериев необходимы для снижения дозы: 1. возраст ≥ 80 лет 2. масса тела ≤ 60 кг 3. сывороточный креатинин ≥ 133 ммоль/л.	2,5 мг два раза в день
Дабигатран	150 мг 2 раза в день	1. возраст ≥ 80 лет 2. прием сопутствующего верапамила. Снижение дозы рассматривается на индивидуальной основе, если: 1. возраст 75–80 лет 2. клиренс креатинина 30–50 мл/мин) 3. пациенты с гастритом, эзофагитом или гастроэзофагеальным рефлюксом 4. другие с повышенным риском кровотечения.	110 мг 2 раза в день
Ривароксабан	20 мг 1 раз в день	клиренс креатинина 15–49 мл/мин.	15 мг один раз в день
Эдоксабан	60 мг 2 раза в день	1. умеренная или тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина 15–50 мл/мин) 2. масса тела ≤ 60 кг 3. сопутствующий прием циклоспорина, дронедафона, эритромицина или кетоконазола.	30 мг один раз в день

Критерии для снижения дозы ПОАК (Рекомендация МЗ РФ, 2020)

- **Апиксабан 2,5 мг 2 раза в день:** необходимы для снижения дозы: у пациентов с ХБП и КК 15-29 мл/мин или в случае 2 из 3 критериев:
 1. возраст ≥ 80 лет
 2. масса тела ≤ 60 кг
 3. сывороточный креатинин ≥ 133 ммоль/л
- **Дабигатран 110 мг 2 раза в день:** возраст ≥ 80 лет, прием верапамила, повышенного риска геморрагических осложнений (особенно ЖКТ-кровоотечений); у пациентов КК < 50 мл/мин при повышенном риске кровоотечений, сопутствующем приеме амиодарона или хинидина.
- **Ривароксабан 15 мг в сутки** при значении КК 15-49 мл/мин.

Применение ПОАК при проведении катетерного лечения аритмии

Начало приема пероральных антикоагулянтов рекомендуется как минимум за 3 недели до катетерной абляции у пациентов с ФП с повышенным тромбоэмболическим риском для предотвращения перипроцедурного ишемического инсульта и тромбоэмболии	I	C
Непрерывная пероральная антикоагуляция рекомендуется пациентам, перенесшим катетерную абляцию ФП, для предотвращения перипроцедурного ишемического инсульта и тромбоэмболии	I	A
Продолжение приема пероральных антикоагулянтов рекомендуется в течение как минимум 2 месяцев после абляции ФП всем пациентам, независимо от исхода ритма или оценки CHA2DS2-VA, для снижения риска перипроцедурного ишемического инсульта и тромбоэмболии	I	C
Продолжение приема пероральных антикоагулянтов рекомендуется после абляции ФП в соответствии с оценкой пациента по шкале CHA2DS2-VA , а не с предполагаемой успешностью процедуры абляции, для предотвращения ишемического инсульта и тромбоэмболии	I	C
Визуализацию сердца следует рассматривать до катетерной абляции ФП у пациентов с высоким риском ишемического инсульта и тромбоэмболии, несмотря на прием пероральных антикоагулянтов для исключения тромба.	II a	B

Антикоагулянтная терапия в послеоперационный период

ЕОК IC, УУР C,
УДД 5

- После катетерной аблации ФП проведение системной антикоагулянтной терапии варфарином или ПОАК **не менее 2 мес** после операции.

ЕОК I C, УУР C,
УДД 5

- Решение о продолжении системной антикоагулянтной терапии более 2 мес (8 недель) после аблации рекомендуется базировать на стратификации риска инсульта (для мужчин CHA₂DS₂VASc ≥ 2 балла, для женщин CHA₂DS₂VASc ≥ 3 балла), а не на эффективности проведенной процедуры.

ЕОК IIbC, УУР C,
УДД 5

- Пациентам, для которых на основании их убеждений и предпочтений принято решение о прекращении антикоагулянтной терапии, рекомендовано длительное или частое мониторирование ЭКГ для выявления возможных рецидивов ФП.

Антикоагулянтная терапия во время операции

ЕОК Ib, УУР
А, УДД 2

- Во время процедуры катетерной аблации фибрилляции предсердий рекомендовано введение гепарина натрия до или непосредственно после транссептальной пункции. Рекомендованная длительность АВС должна поддерживаться на уровне не менее 300 секунд.

ЕОК IIaB, УУР
В, УДД 2

- Для инактивации гепарина после катетерной аблации фибрилляции предсердий рекомендовано введение протамина сульфат.
- **Комм.:** *Данную рекомендацию следует использовать при длительности АВС более 400 сек, при непрекращающемся кровотечении из места пункции и при признаках выпота в полости перикарда на момент окончания операции (мнение экспертов).*

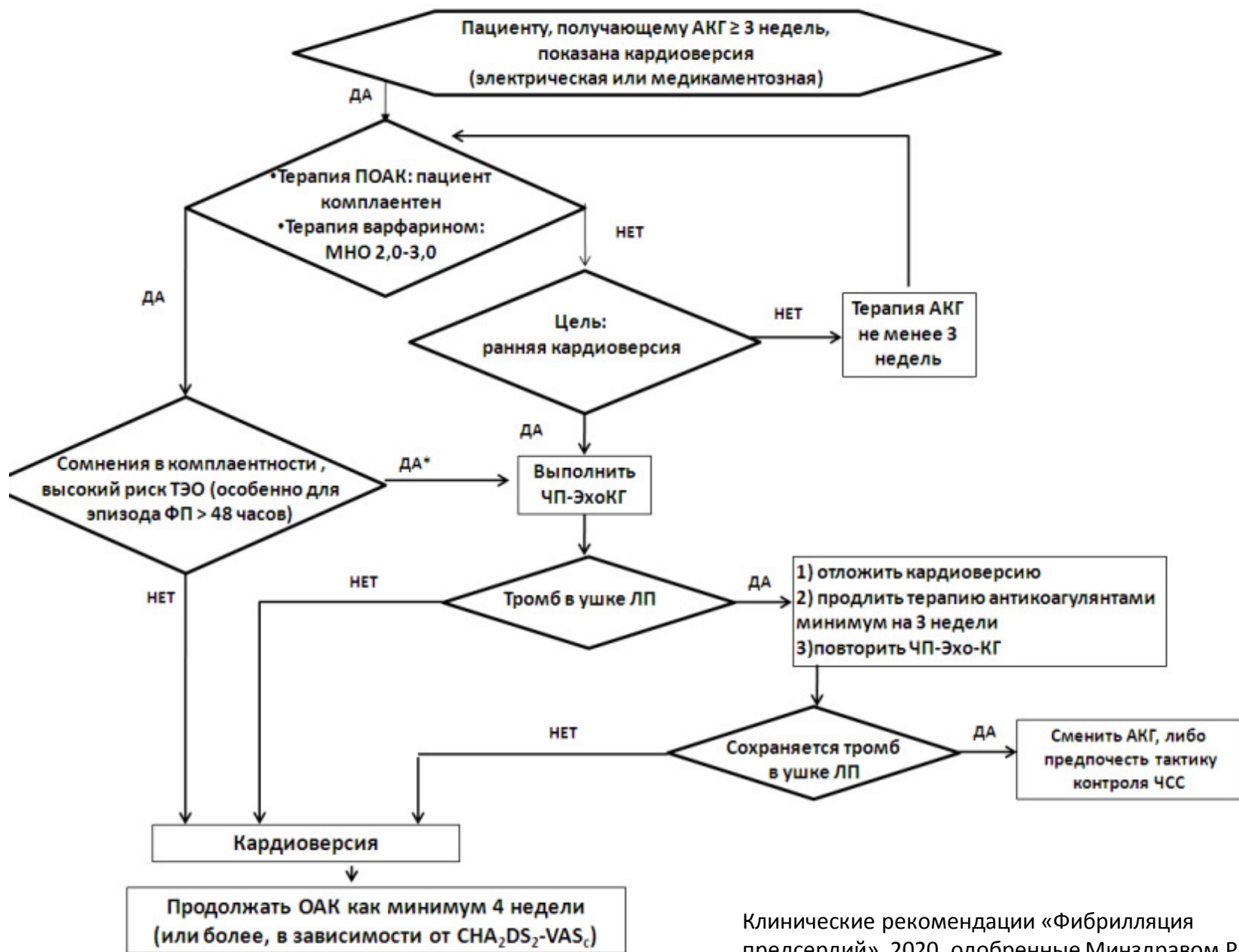
ЕОК IIaC,
УУР А, УДД
5

- Пациентам без предшествующей антикоагулянтной терапии перед аблацией ФП или у которых перед аблацией пропущен прием варфарина или ПОАК возобновление приема варфарина или ПОАК рекомендовано через 3-5 часов после аблации.
- **Комм.:** Решение о продолжении системной антикоагулянтной терапии через 3-5 часов после аблации желательно проводить после подтверждения отсутствия выпота в полости перикарда по данным ЭХО-КГ или других значимых кровотечений.

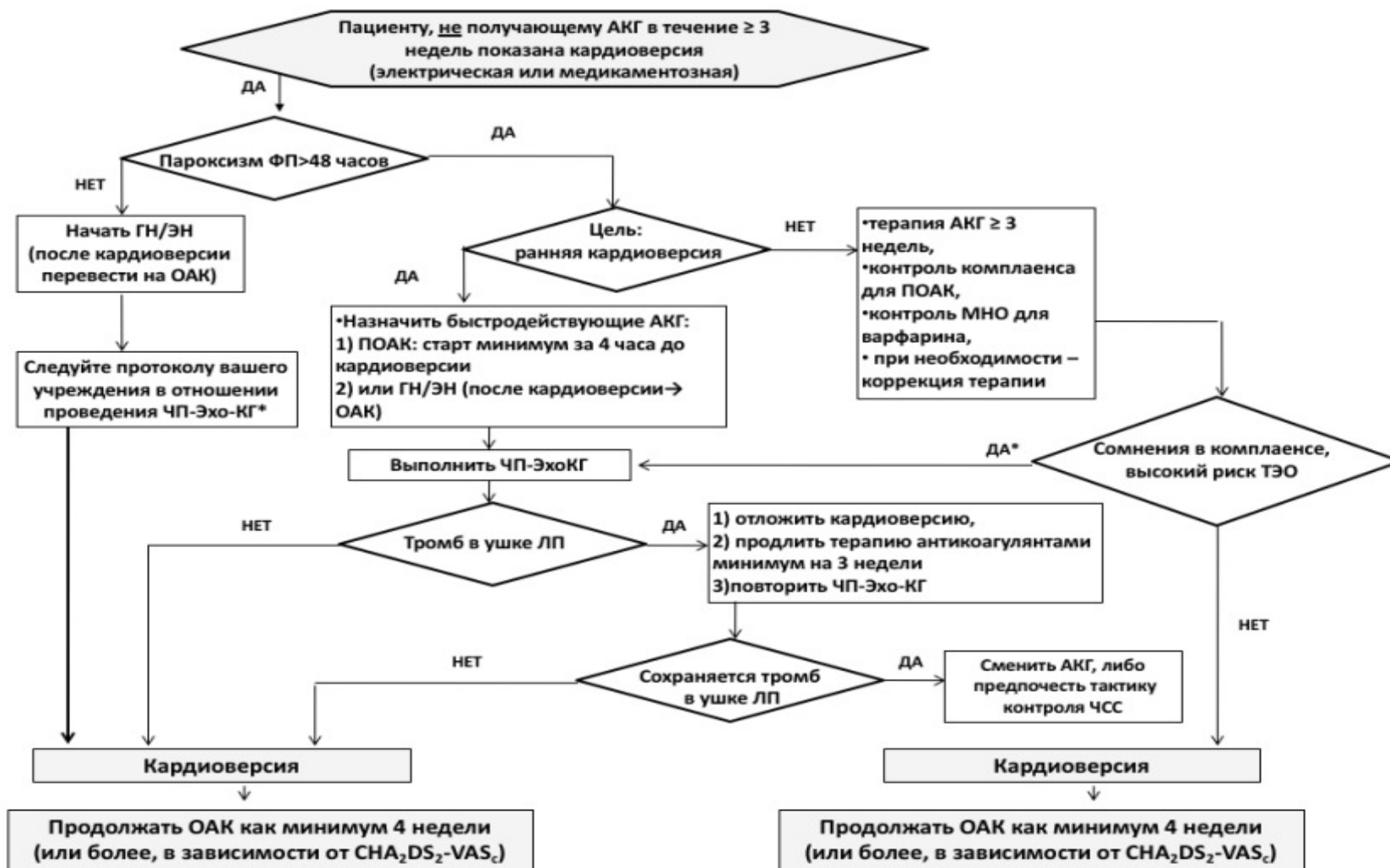
Применение ПОАК при проведении кардиоверсии

Электрическая кардиоверсия рекомендуется пациентам с ФП и нестабильной гемодинамикой.	I	C
Терапевтическая пероральная антикоагуляция в течение как минимум 3 недель (соблюдение режима приема ПДАК или МНО $\geq 2,0$ для АВК) рекомендуется перед запланированной кардиоверсией ФП и трепетания предсердий для предотвращения тромбоза, связанной с процедурой.	I	B
Рекомендуется чреспищеводная эхокардиография показана, если не было 3 недели терапевтической пероральной антикоагуляции, для исключения сердечного тромба, чтобы избежать ранней кардиоверсии.	I	B
Пероральную антикоагуляцию рекомендуется продолжать в течение как минимум 4 недель у всех пациентов после кардиоверсии и в течение длительного времени у пациентов с фактором(ами) риска тромбоза, независимо от того, достигнут ли синусовый ритм, для предотвращения тромбоза	I	B
Ранняя кардиоверсия не рекомендуется без соответствующей антикоагуляции или чреспищеводная эхокардиография, если длительность ФП превышает 24 ч , или есть возможность дождаться спонтанной кардиоверсии.	III	C
Продолжительность пароксизма ФП ≥ 24 часа или продолжительность пароксизма неизвестна рекомендовано проведение чреспищеводной эхокардиографии перед кардиоверсией	I	B

Алгоритм для пациентов, получающих антикоагулянты в течение минимум 3 недель



Алгоритм для пациентов, не получающих антикоагулянты в течение минимум 3 недель



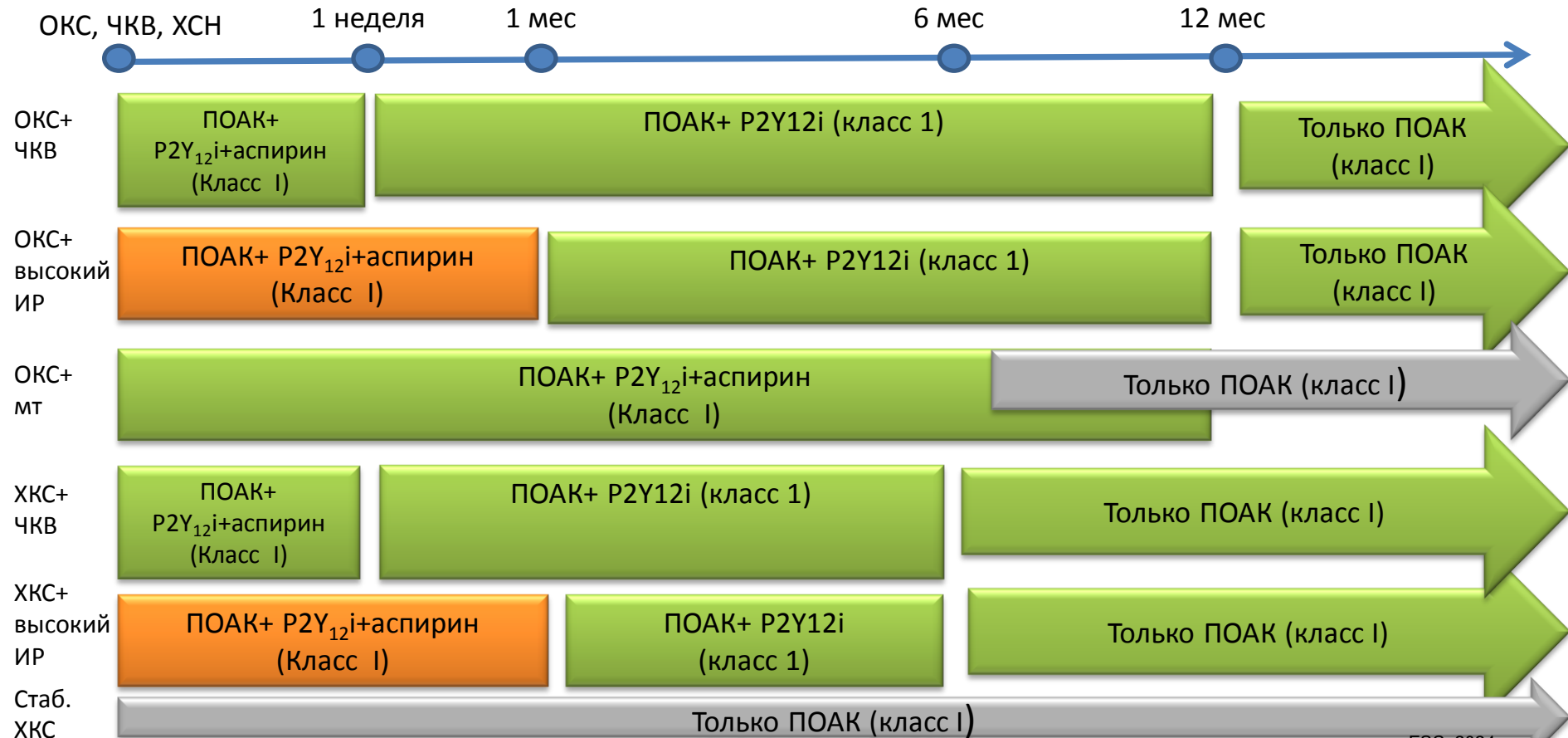
ПОАК, а не варфарин, в сочетании с антиагрегантной терапией (Класс I)

Используйте соответствующую дозу ПОАК. Уменьшенная доза не рекомендуется, если пациент не соответствует критериям снижения дозы (Класс III)

При использовании АВК в сочетании с антиагрегантной терапией поддерживайте МНО 2,0–2,5 и TTR >70% (Класс IIa)

VKA: INR 2.0–3.0 (Class I)

Клопидогрель является предпочтительным P2Y₁₂i при сочетании с любыми ОАС



Алгоритм выбора режима антитромботической терапии после ЧКВ у пациентов с ФП и показаниями к длительной антикоагулянтной терапии



Определение типа кровотечений (по данным регистра GARFIELD)

Большие геморрагические осложнения	<p>Явное кровотечение, сопровождающееся хотя бы одним из нижеперечисленного:</p> <ul style="list-style-type: none">• снижением гемоглобина на ≥ 2 г/дл• потребностью в гемотранфузии ≥ 2 доз крови• имеющее клинически значимую локализацию (внутричерепное, внутриспинальное, внутриглазное, тампонада сердца, внутрисуставное, внутримышечное с развитием синдрома сдавления, ретроперитонеальное)• фатальное
Небольшие клинически значимые геморрагические осложнения	<p>Явное кровотечение, не достигшее критериев «большого», но потребовавшее медицинского вмешательства, изменения врачом схемы лечения или сопровождавшееся болью, дискомфортом или изменением привычной активности пациента</p>
Малые геморрагические осложнения	<p>Все другие кровотечения, не соответствующие критериям «больших» и «небольших клинически значимых»</p>

Пациент, принимающий **варфарин**, с активным кровотечением

При возможности механическая компрессия места кровотечения

Оцените гемодинамический статус, основные параметры коагуляции, ОАК, СКФ

Определите дозу и время последнего приема ОАК и всех соп. препаратов

Малые кровотечения

Нежизнеугрожающее
большое кровотечение

Жизнеугрожающее
кровотечение

Прервать антикоагуляцию и провести диагностические
или лечебные вмешательства

Мультидисциплинарный командный подход

- ✓ Отменить прием варфарина до $MNO < 2$

- ✓ Инфузионная терапия
- ✓ Переливание крови
- ✓ Рассмотреть необходимость витамина К, СЗП, ПК

- ✓ Замещение жидкости
- ✓ Переливание крови
- ✓ КПК (Класс IIa)
- ✓ СЗП, если КПК недоступен
- ✓ Тромбоцитарной массы

Пациент, принимающий **ПОАК**, с активным кровотечением

При возможности механическая компрессия места кровотечения

Оцените гемодинамический статус, основные параметры коагуляции, ОАК, СКФ

Определите дозу и время последнего приема ОАК и всех соп. препаратов

Малые кровотечения

Нежизнеугрожающее
большое кровотечение

Жизнеугрожающее
кровотечение

Прервать антикоагуляцию и провести диагностические
или лечебные вмешательства

Мультидисциплинарный командный
подход

- ✓ Отложить ПОАК на 1–2 дозы (или больше в зависимости от восстановления)

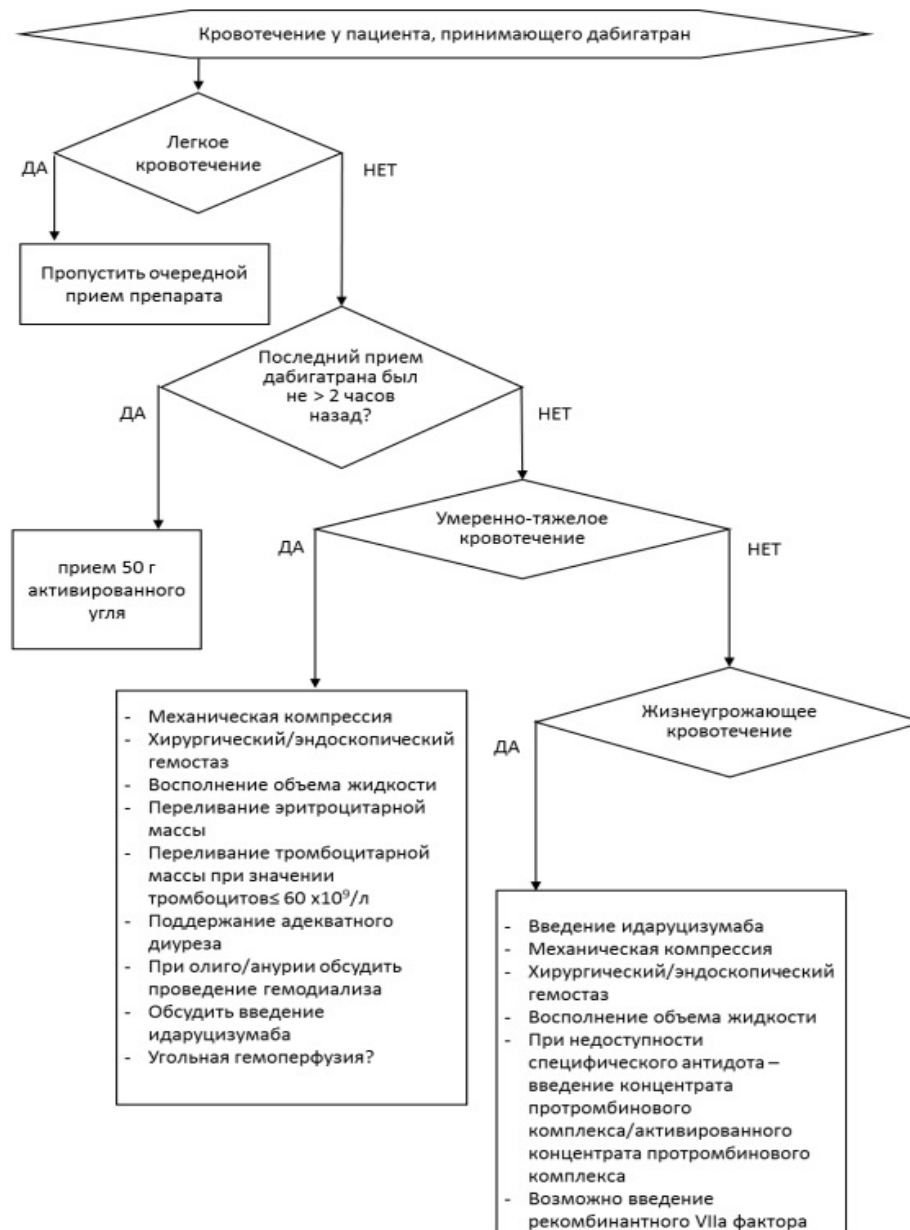
- ✓ Инфузионная терапия
- ✓ Переливание крови
- ✓ Рассмотрите пероральный уголь или промывание желудка, если ПОАК принят в течение 2–4 часов
- ✓ Рассмотрите необходимость в концентрат протромбинового комплекса

- ✓ Замещение жидкости
- ✓ Переливание крови
- ✓ Специфический антидот – андексанет альфа, идаруцизумаб (класс IIa)
 - ✓ Концентрат протромбинового комплекса, если антидоты не доступны
- ✓ Тромбоцитарная масса
- ✓ Мониторинг уровней ПОАК

Алгоритм ведения пациента с ФП, принимающего варфарин, при возникновении кровотечения



Алгоритм ведения пациента с ФП, принимающего дабигатран, при возникновении кровотечения



Алгоритм ведения пациента с ФП, принимающего аписабан и ривароксабан, при возникновении кровотечения



Check-list перед назначением антикоагулянтов пациентам с ФП

✓ Оценить риск инсульта по шкале CHA₂DS₂-VASc

✓ Оценить риск кровотечений по шкале HAS-BLED; выявить модифицируемые и частично модифицируемые факторы риска кровотечений и по возможности их скорректировать

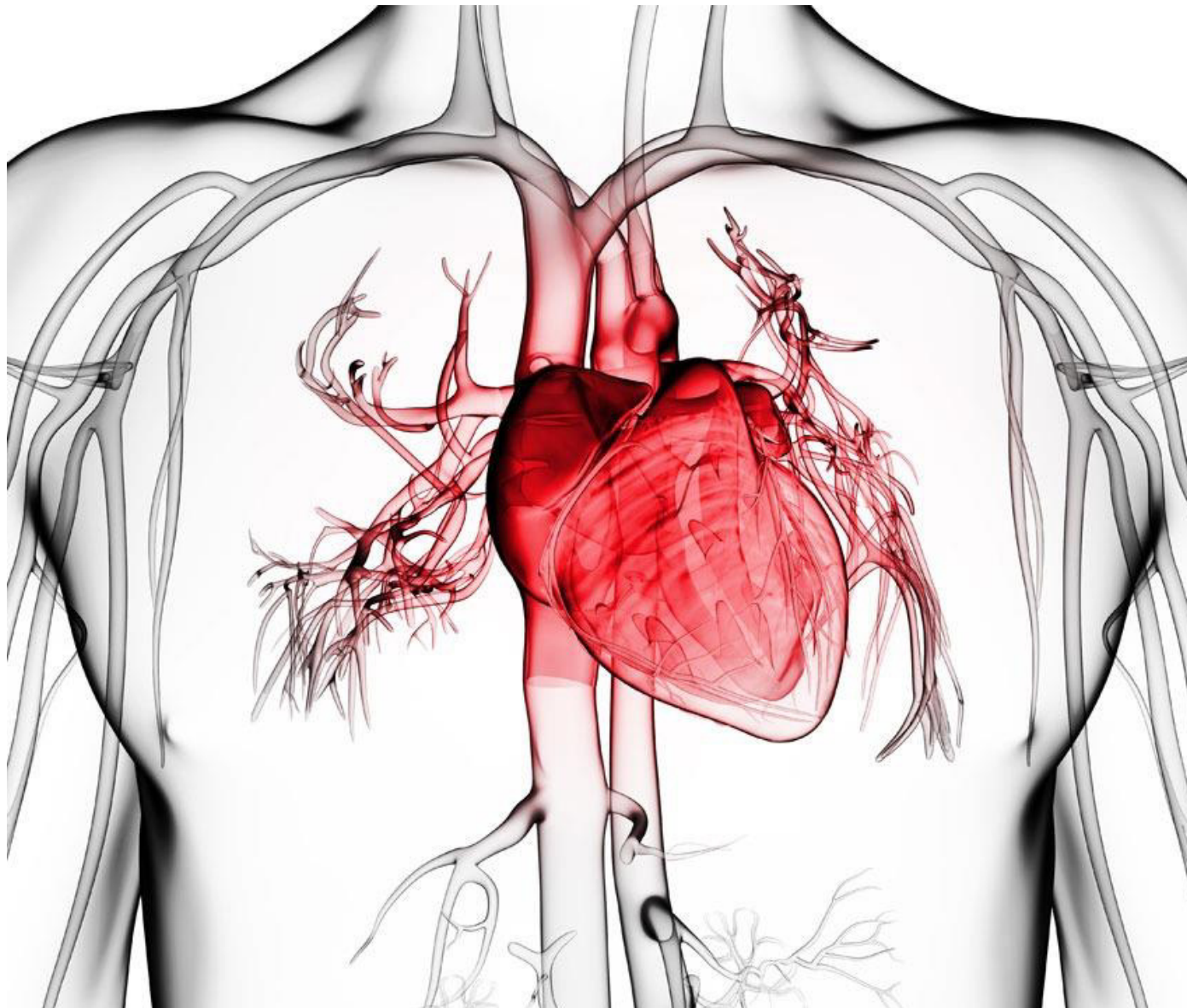
✓ Оценить наличие противопоказаний к антикоагулянтной терапии

✓ Оценить функцию почек

✓ Учесть клинические особенности пациента

✓ Выбрать антикоагулянт и дозу

Благодарю за внимание !



Драгунова Марина
Александровна,
к.м.н., врач-кардиолог
kirsay@yandex.ru