

Європейські рекомендації щодо ТЕЛА 2019 р.

Діагностика	
Рівні D-димеру, які скориговані за віком або адаптовані до клінічної ймовірності, слід розглядати як альтернативу фіксованим значенням	IIa
Якщо для підтвердження ТЕЛА використовується позитивна проксимальна компресійна ультрасонографія, слід провести оцінку ризику відповідно до рекомендованої тактики	IIa
В /П ОФЕКТ може розглядатися для діагностики ТЕЛА	IIb
Оцінка ризику	
Візуалізаційне оцінювання ПШ або лабораторні біомаркери слід враховувати навіть при наявності низького рівня показника ступеня тяжкості ТЕЛА.	IIa
Обґрунтовані показники, що поєднують клінічні, візуальні та лабораторні прогностичні фактори, можуть розглядатися для подальшої стратифікації тяжкості ТЕЛА.	IIb
Лікування гострої фази	
При початку оральної антикоагуляційної терапії у пацієнта з ТЕЛА, який має право на НОАК (апіксабан, дабігатран, едоксабан або ривароксабан), рекомендовано призначати НОАК.	I
Слід розглянути можливість створення міждисциплінарних груп для ведення пацієнтів з високим ступенем ризику і особливих випадків помірному ризику, в залежності від ресурсів і досвіду, наявних в кожній лікарні.	IIa
ЕКМО може розглядатися в поєднанні з хірургічною емболектомією або катетер-орієнтованим лікуванням при рефрактерному колапсі кровообігу або зупинці серця	IIb
Постійне лікування та профілактика рецидивів	
Безстрокове лікування за допомогою АВК рекомендується для пацієнтів з антифосфоліпідним синдромом	I
Тривала антикоагуляція повинна розглядатися для пацієнтів без ідентифікованого фактора ризику для ТЕЛА	IIa

Тривала антикоагуляція повинна розглядатися для пацієнтів з постійним фактором ризику, крім синдрому антифосфоліпідних антитіл	IIa
Тривала антикоагуляція повинна розглядатися для пацієнтів з незначним перехідним / оборотним фактором ризику для ТЕЛА	IIa
Зниження дози апіксабану або ривароксабану слід розглянути після перших 6 місяців	IIa
ТЕЛА при онкології	
Едоксабан або ривароксабан слід розглядати як альтернативу низкомолекулярним гепаринам, за винятком пацієнтів з раком шлунково-кишкового тракту	IIa
ТЕЛА при вагітності	
Емболія навколоплідними водами повинна розглядатися у вагітних або у жінок в післяпологовий період з незрозумілою нестабільною гемодинамікою або погіршенням дихання і з синдромом дисемінованого внутрішньосудинного згортання	IIa
Тромболізис або хірургічну емболектомію слід розглянути у вагітних з високим ризиком ТЕЛА	IIa
НОАК не рекомендовані під час вагітності та лактації	III
Догляд після ТЕЛА та віддалені наслідки	
Ретельна клінічна оцінка рекомендується через 3-6 місяців після гострої ТЕЛА	I
Комплексне лікування рекомендується після гострої ТЕЛА для забезпечення оптимального переходу від стаціонарного до амбулаторного лікування	I
Рекомендовано через 3 місяці після гострої ТЕЛА спрямувати симптоматичних пацієнтів з дефектами перфузії при В/П -скануванні в експертний центр легеневої гіпертонії з урахуванням результатів ехокардіографії, натрійуретичного пептиду та / або серцево-легеневого навантажувального тесту.	I
ТЕЛА=тромбоемболія легеневої артерії; ЕКМО = екстракорпоральна мембранна оксигенація; НОАКс = нові оральні антикоагулянти; ПШ = правого шлуночка; ОФЕКТ = однофотонна	

емісійна комп'ютерна томографія; АВК = антагоніст вітаміну К;
В/П = вентиляція / перфузія