Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:
https://stuservis.ru/referat/108514

Тип работы: Реферат

Предмет: Медицина

Введение 3
1 Факторы риска у больных с фибрилляцяциями предсердий. Шкалы оценки риска тромбоэмболии 4
2 Антитромботическая терапия и пероральные антикоагулянты 6
3 Дабигатрана этексилат. Определение клиренса креатинина 7
4 Ривароксабан 9
Заключение 11
Список используемой литературы 12

Введение
Хорошо известно, что самыми частыми и грозными осложнениями фибрилляции предсердий (ФП) являются системные тромбоэмболии (ТЭ) и в еще большей степени ишемические инсульты (ИИ).
Известно также, что основным источником ТЭ являются тромбы в левом предсердии (ЛП), вернее, в ушке ЛП. Однако, говоря о длительном медикаментозном лечении ФП, мы подразумеваем в первую очередь терапию, ориентированную на контроль ритма и контроль частоты сердечных сокращений.
Распространенность ФП в общей популяции составляет 1-2% и этот показатель, вероятно, увеличится в ближайшие 50 лет [1,2]. Систематическое мониторирование ЭКГ позволяет выявить ФП у каждого двадцатого пациента с острым инсультом, т.е. значительно чаще, чем стандартная ЭКГ в 12 отведениях. ФП может долго оставаться не диагностированной (бессимптомная ФП) [3], а многие больные с ФП никогда не госпитализируются в стационар [4]. Соответственно, истинная распространенность ФП в общей популяции, скорее всего, приближается к 2% [3]. Распространенность ФП увеличивается с возрастом – от 0,5% в возрасте 40-50 лет до 5-15% в возрасте 80 лет [1,2]. У мужчин ФП развивается чаще, чем у женщин. Риск развития ФП на протяжении жизни составляет около 25% в возрасте после 40 лет [3]. Распространенность и заболеваемость ФП у представителей неевропеоидной расы изучены хуже. Как оказалось, заболеваемость ФП увеличивается (13% за последние 20 лет).
Целью данной работы является рассмотрение вопроса антитромботической терапии при фибрилляции предсердий.

1 Факторы риска у больных с фибрилляцяциями предсердий. Шкалы оценки риска тромбоэмболии
Результаты многочисленных клинических исследований позволили определить целый ряд факторов, ассоциированных с повышением риска ИИ у больных с ФП, что повлекло за собой разработку шкалы по оценке вероятности его развития. С 2010 г. для оценки риска ТЭ используется шкала CHA2DS2-VASc, в соответствии с которой все факторы риска (ФР) условно (в зависимости от «веса» в баллах) разделены на две категории: «большие» и «клинически значимые небольшие». К «большим» отнесли наличие в анамнезе инсульта, транзиторной ишемической атаки (ТИА) или системной ТЭ, а также возраст 75 лет и более. Каждый «большой» ФР оценивается в два балла. Естественно, при митральном стенозе и протезированных клапанах сердца риск развития ИИ и системных ТЭ также высокий. Все остальные ФР назвали «небольшими клинически значимыми». Это хроническая сердечная недостаточность, особенно с умеренной или тяжелой систолической дисфункцией левого желудочка со снижением фракции выброса 40% и менее, артериальная гипертензия, сахарный диабет, а также женский пол, возраст 65–74 года и сосудистые заболевания, о наличии которых свидетельствуют перенесенный инфаркт миокарда, атеросклеротические бляшки в аорте и заболевание периферических артерий. За каждый из них присваивается один балл [2].
Отметим, что женский пол независимо увеличивает общий риск ИИ только в возрасте 65 лет и старше, и как единственный ФР не рассматривается.
Важно, что показания к профилактике ТЭ определяются исключительно наличием, характером и числом ФР, но не формой ФП. При пароксизмальной, персистирующей и хронической ФП риск одинаков. Рекомендации к антитромботической терапии при трепетании предсердий полностью соответствуют таковым при ФП, и рассматривать их отдельно не имеет смысла Показания к антитромботической терапии в соответствии с новой шкалой можно сформулировать следующим образом. При наличии одного «большого» ФР или двух и

более «клинически значимых небольших», т. е. при количестве баллов по шкале 2 и более, рекомендовано назначать пероральные антикоагулянты (ПА). При одном «клинически значимом небольшом» ФР можно выбирать между ПА или ацетилсалициловой кислотой в суточной дозе от 75 до 325 мг, но преимущество следует отдавать ПА. Наконец, при отсутствии ФР может быть назначена ацетилсалициловая кислота, но предпочтительно обойтись без антитромботической терапии. Показания к назначению ацетилсалициловой кислоты в настоящее время представляются весьма скромными. Это продиктовано двумя важными обстоятельствами. С одной стороны, преимущество ПА перед антиагрегантами для профилактики ТЭ никаких сомнений не вызывает. С другой – представления о том, что антиагреганты более безопасны, чем ПА, в плане риска кровотечений, оказались несостоятельными.

Тем не менее небольшая «экологическая ниша» для назначения антиагрегантов все же имеется. Они показаны тем больным, которые не переносят ПА по причинам, не связанным с кровотечениями, а также тем, кто категорически отказывается их принимать. В качестве альтернативы предложена двойная терапия антиагрегантами ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелом (соответственно в дозе 75–100 мг и 75 мг в сутки), или – что менее эффективно – только одним антиагрегантом: ацетилсалициловой кислотой.

Хорошо известно, что при профилактике ТЭ обратная сторона медали – высокий риск кровотечений, в т. ч. т. н. больших: внутричерепных и желудочно-кишечных. Этот риск удобно оценивать по специальной шкале, предложенной в 2010 г. и получившей название HAS-BLED. ФР кровотечений считаются артериальная гипертензия, дисфункция почек и печени, инсульт и кровотечение в анамнезе, лабильное международное нормализованное отношение (МНО) при лечении варфарином, возраст старше 65 лет, а также употребление некоторых лекарств или алкоголя. Суммарное количество баллов, которое пациент может набрать по этой шкале – 9, но уже при наличии трех баллов и более риск кровотечения считается высоким. Хотелось бы подчеркнуть, что высокий риск кровотечений – вовсе не повод для обсуждения вопроса о целесообразности назначения варфарина и других ПА. Для этого, как мы уже знаем, есть шкала CHA2DS2-VASc [4].

Три балла и более по шкале HAS-BLED – призыв к их более осторожному назначению, более тщательному контролю, в ряде случаев – к коррекции дозы. Отметим, что некоторые ФР (кровотечения, артериальная гипертензия, инсульт и возраст старше 65 лет) одновременно являются ФР тромбоэмболических осложнений.

Помимо терапии антиагрегантами, существует и нефармакологическая альтернатива лечению ПА. Это закрытие ушка ЛП как основного места тромбообразования специальным устройством, окклюдером, а также его хирургическая резекция или ушивание.

Разработанные в последнее время малоинвазивные методики окклюзии отверстия ушка ЛП получают все более широкое распространение. Их роль в профилактике ТЭ отражена в современных рекомендациях по лечению ФП, хотя класс показаний пока невысок. Процедура может быть рекомендована только при наличии противопоказаний к приему ПА. Она является весьма дорогостоящей и пока не выполняется в рамках высокотехнологичной медицинской помощи. Что же касается хирургической резекции или ушивания ушка ЛП, то они, видимо, не имеют самостоятельного значения и выполняются как сопутствующая процедура только в рамках операций на открытом сердце.

Список используемой литературы

1) Рычков А.Ю., Хорькова Н.Ю. Антитромботическая терапия при фибрилляции предсердий и хронической ишемической болезни сердца. Кардиология. 2019;59(5):80-86.

2) Рычков А. Ю., Хорькова Н. Ю., Минулина А. В. Адекватность антитромботической терапии у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике. Медицинский совет. 2016;13:85-8

3) Сулимов В. А., Голицын С. П., Панченко Е. П., Попов С. В., Ревишвили А. Ш., Шубик Ю. В. и др. Диагностика и лечение фибрилляции пред сердий. Рекомендации РКО, ВНОА и ААСХ. Российский карди ологический журнал. 2013;4(прил. 3):1-100

4) Martin RIR, Bates MGD. Management of atrial fibrillation and concomitant coronary artery disease. Continuing Cardiology Education. 2017;3(2):47-55. https://doi.org/10.1002/cce2.55

5) Fauchier L, Greenlaw N, Ferrari R, Ford I, Fox KM, Tardif J-C et al. Use of Anticoagulants and Antiplatelet Agents in Stable Outpatients with Coronary Artery Disease and Atrial Fibrillation. International CLARIFY Registry. PLOS ONE. 2015;10(4):e0125164. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0125164

6) Ruff CT, Bhatt DL, Steg PG, Gersh BJ, Alberts MJ, Hoffman EB et al. Long-term cardiovascular outcomes in patients with atrial fibrillation and atherothrombosis in the REACH Registry. International Journal of Cardiology. 2014;170(3):413-8. https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.11.030

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:
https://stuservis.ru/referat/108514