

**НАРУШЕНИЕ РИТМА ИЗ
ПРЕДСЕРДИЙ.**

Выполнила: Утуленова Н.А.
629 ОБП



ФП — это нарушение ритма сердца, которое диагностируют на основании неправильного ритма на ЭКГ, отсутствия зубцов Р (или их наличия в виде волны f) и вариабельности интервала между двумя возбуждениями предсердий (при их наличии) с интервалом менее 200 мс (более 300 в мин.)



ТП – нарушение ритма, которое диагностируют на ЭКГ на основании частых (200- 400 в минуту), регулярных, похожих друг на друга предсердных волн F, имеющих характерную пилообразную форму (отведения II, III, aVF, V1, V2); в большинстве случаев с правильным, регулярным желудочковым ритмом с неизменными желудочковыми комплексами, каждому из которых предшествует определенное (чаще постоянное) количество предсердных волн F (2:1, 3:1, 4:1 и т. д.).

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ФП ПО ТЕЧЕНИЮ И ДЛИТЕЛЬНОСТИ.

1. Впервые выявленная - независимо от длительности и тяжести симптомов любой первый эпизод ФП.
2. Пароксизмальная - до 7 дней, синусовый ритм восстанавливается спонтанно, обычно в течение 48 ч., более чем через 48 ч вероятность спонтанной кардиоверсии низкая .
3. Персистирующая - длительность эпизода ФП превышает 7 дней (для восстановления ритма необходима медикаментозная или электрическая кардиоверсия)
4. Длительная персистирующая - ФП продолжается в течение ≥ 1 года и выбрана стратегия контроля ритма (предполагается восстановление ритма)
5. Постоянная - когда пациент и врач считают возможным сохранение аритмии (кардиоверсия не проводится)

КЛАССИФИКАЦИЯ ТП

типичная; - атипичная. Классификация по течению и длительности, выраженности клинических проявлений, риску ТЭО и кровотечений проводится также как и ФП. ФП и левопредсердное трепетание предсердий имеют сходные этиологические факторы, клинические и электрофизиологические проявления, а также нередко трансформируются друг в друга, их объединение единым термином обосновано. Однако правостороннее трепетание предсердий электрофизиологически отличается от ФП и левостороннего ТП.

**ОСНОВНЫЕ (ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ)
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ,
ПРОВОДИМЫЕ НА АМБУЛАТОРНОМ
УРОВНЕ, КРОМЕ РАССПРОСА И ОСМОТРА:**

1. 1. Общий анализ крови- при впервые диагностируемой ФП, ежегодно и при ухудшении состояния.
2. 2. Общий анализ мочи- при впервые диагностируемой ФП, ежегодно и при ухудшении состояния.
3. 3. Определение глюкозы натощак – при впервые диагностируемой ФП, ежегодно и при ухудшении состояния.
4. 4. Биохимическое исследование крови (билирубин, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, креатинин) – при впервые диагностируемой ФП, ежегодно и при ухудшении состояния
5. 5. Калий крови -при впервые диагностируемой ФП, ежегодно и при ухудшении состояния.
6. 6. Гормоны щитовидной железы (ТТГ, Т3, Т4) –при впервые диагностируемой ФП, при лечении амиодароном ежегодно, при ухудшении состоянии вероятно обусловленном приемом амиодарона . 7. Липидный спектр (общий холестерин, ХЛВП, ХЛНП, триглицериды)- при впервые диагностируемой ФП, ежегодно и при ухудшении состояния.
7. 8. ЭКГ стандартная.
8. 9. ЭхоКГ трансторакальна

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

Жалобы и анамнез – ощущение неправильного ритма, сердцебиения, выяснение провоцирующих факторов развития приступа (физические нагрузки, эмоциональное напряжение или прием алкоголя), появление симптомов сердечной недостаточности при приступе (одышка, отеки и др.), частоты их возникновения, продолжительность, наличие в анамнезе АГ, ИБС, СН, заболевания периферических артерий, цереброваскулярной болезни, инсульта, СД или хронического заболевания легких, злоупотребление алкоголем, наличие родственников, страдавших ФП.



Физикальное обследование: выявляется аритмичная сердечная деятельность, наличие дефицита пульса, вероятно смещение границ сердечной тупости при перкуссии, наличие патологических шумов, признаков сердечной недостаточности (хрипы в легких, отеки на ногах, гепатомегалия, ритм галопа).



Электрокардиография - признаки фибрилляции предсердий: 1. неправильный ритм 2. отсутствие зубцов Р (или их наличие в виде волны f 3.вариабельность интервала между двумя возбуждениями предсердий (при их наличии) с интервалом менее 200 мс (более 300 в мин.). -признаки трепетания предсердий: 1. наличие на ЭКГ частых - до 200-400 в минуту - регулярных, похожих друг на друга предсердных волн F, имеющих характерную пилообразную форму (отведения II, III, aVF, V1, V2); 2. в большинстве случаев правильный, регулярный желудочковый ритм с одинаковыми-интервалами R-R(За исключением случаев изменения степени атриовентрикулярной блокады в момент регистрации ЭКГ); 3. наличие нормальных неизмененных желудочковых комплексов, каждому из которых предшествует определенное (чаще постоянное) количество предсердных волн F (2:1, 3:1, 4:1 и т. д.).

ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозное лечение на этапе скорой помощи: Необходимость восстановления синусового ритма (кардиоверсия) на этапе скорой помощи возникает при гемодинамических нарушениях у пациентов, а также возможно при длительности пароксизма ФП не более 48 часов. При наличии гемодинамических нарушений (низкие цифры АД, клиника острой сердечной недостаточности) проводится электрическая кардиоверсия. Рекомендации по кардиоверсии представлены в приложении 26. При проведении кардиоверсии необходима профилактика ТЭО (см. ниже). При проведении электрической кардиоверсии имеют преимущества наружные дефибрилляторы с двухфазным (биполярным) импульсом разряда, требующим для достижения эффекта меньшего количества энергии (обычно не более 150-200 Дж). Проведение электрической кардиоверсии требует нанесения электрического импульса, синхронизированного с комплексом QRS. При передне-заднем наложении электродов эффективность кардиоверсии выше, чем при передне-боковом. Если первые разряды не устраняют аритмию, следует изменить положение электродов и повторить кардиоверсию.

**ОСНОВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ,
ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ НА
СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:**

Амиодарон - Раствор для инъекций 5 мг/кг в/в в течение часа, затем 50 мг/час.

Для профилактики ТЭО Нефракционированный гепарин под контролем АЧТВ (АЧТВ должно в 1,5- 2,5 раза превышать контрольный показатель)
Раствор для инъекций терапевтическая доза назначается при наличии высокого риска ТЭО в начальной дозе болюсом 60МЕ/кг в/в, затем в/в 1000-1200 Ед/ч; профилактическая доза назначается при низком риске ТЭО 5-10 тыс МЕ п/к или в/в.

- Ривораксабан Таблетки 20 мг – 1 раз в сутки, при высоком риске кровотечений (HAS-BLED ≥ 3) в дозе 15 мг 1 раз в сутки.
- Дабигатран Таблетки в дозе 150 мг – 2 раза в сутки, при высоком риске кровотечений (HAS-BLED ≥ 3) – 110 мг – 2 раза в сутки
- Карведилол 3,125 – 25 мг два раза в день
- Верапамил (нельзя Раствор для инъекций, таблетки 0,0375 – 0,15 мг/кг в течение 2 мин,