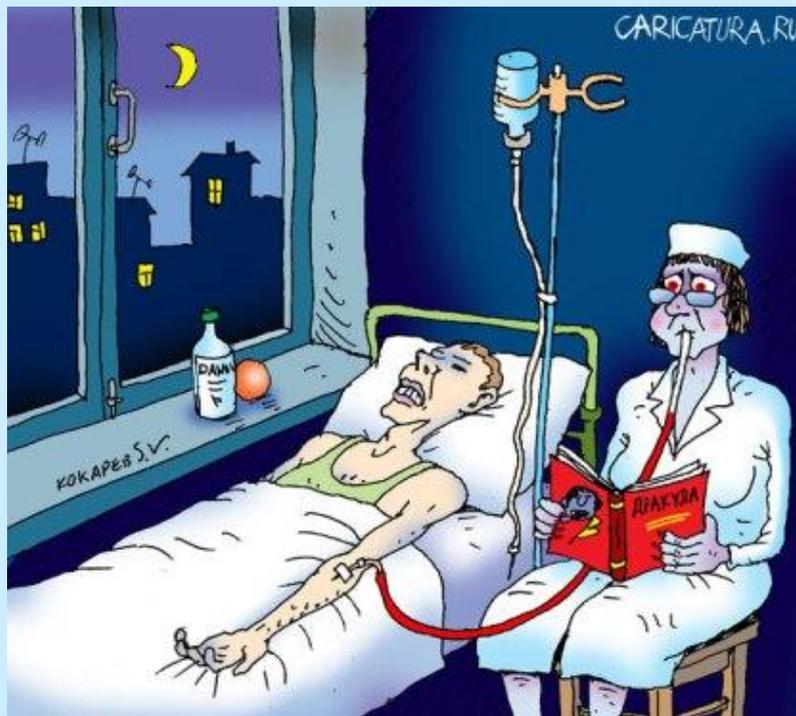




Ю.В.Шубик

Северо-Западный центр диагностики и лечения аритмий,
кафедра кардиологии СТБГМА им. И.И.Мечникова



Современные проблемы аритмологии
на догоспитальном этапе
Казань, 02.12.2009 г.



Прежде, чем объединяться, и для того,
чтобы объединиться, надо сначала
окончательно размежеваться.

В.И. Ленин



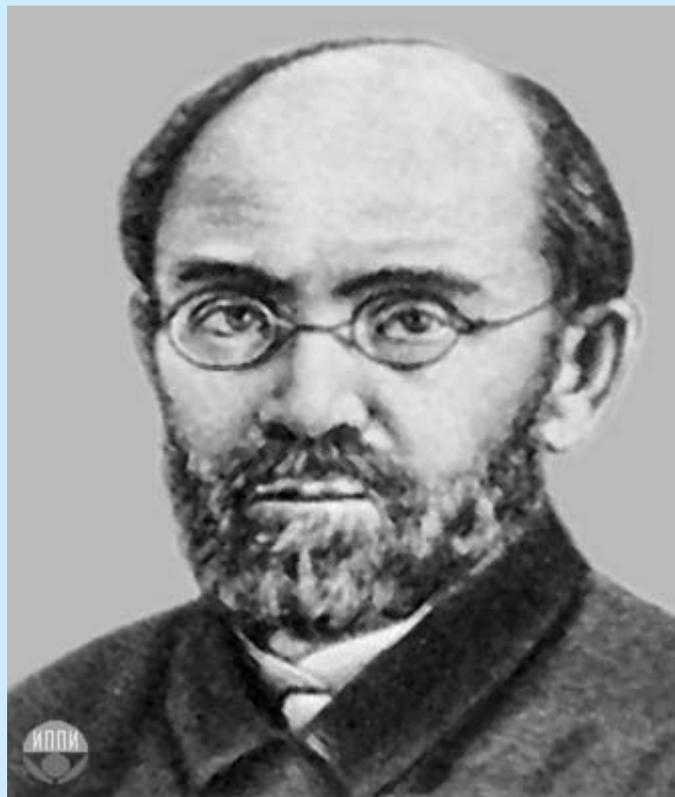
Диагностика аритмий
Определение лечебной тактики
Медикаментозная терапия
Подготовка к интервенции
Ведение больных после катетерных
операций, имплантации ЭКС и
антиаритмических устройств





Диагностика аритмий и причин, их вызывающих.

1. Расспрос.
2. Осмотр.
3. Лабораторные исследования.
4. Инструментальные исследования (ЭКГ-методики, неинвазивное ЭФИ, тилт-тест, ЭхоКГ, МРТ, медикаментозные пробы...).



"Сколько бы вы, милостивые государи, ни выслушивали, ни выстукивали, вы никогда не сможете безошибочно определить болезнь, если не прислушиваетесь к показаниям самого больного".

Григорий Антонович Захарин



9/11/97 -10⁰⁰ / 7 час.
 ДНЕВНИК МОНИТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ № 9147 КОМПТОС № 4117

Фамилия В имя И отчество И
 дата начала анализа 09.11 окончание 10.11 дата рождения 5/08/91
 ОТА 4 палата 9 дом. телефон 74014 адрес 92
 заполняется лечащим врачом Колмакотова В.

1. Особенности стандартной ЭКГ (взять или годичную)
 ритм синусовый ПЛС (режим)
 пульс (зонд) 60-65 уд/мин. ЧСС 60-65
 интонация ЛЯ, блокада ножек нет
 синдром НРМ, изменения при ГС, ДМП
 другое
2. Мониторирование паросимов, повторных (указать И или дату)
 Во время мониторирования оценить (подчеркнуть):
 ЧСС ритма, силу, ритм, аритмии, нервные изменения,
 самотр. ПЛС, контроль ТЭОЛ (для повторных наблюдений)
 другие пожелания (взять):
3. Терапия в день мониторирования (подчеркнуть)
 отечечная, антиангинальная, антиаритмическая,
 антигипертензивная, седативная
4. Физические нагрузки в день мониторирования (подчеркнуть)
 ходьба по коридору, по лестнице, по улице,
 занятия

АД - по лифту

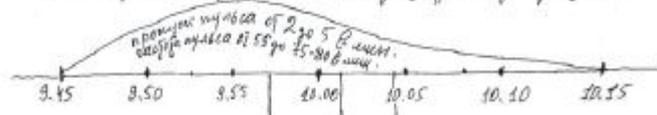
ДНЕВНИК ПАЦИЕНТА
 время ночного сна 8.4.00 8.00
 подъем по лестнице

№	число пролетов	время начала подъема	время подъема	замечания
1	6	13.15	13.56	Улучшение самочувствия, от 2 до 3 минут
2	3	18.05	18.25	Улучшение самочувствия, от 2 до 3 минут

	время	время	
лежа на спине	21.25 - 21.30	лежа на животе	21.25 - 21.30
лежа на правом боку	21.25 - 21.30	лежа на левом боку	21.20 - 21.25

- Другие действия в течение суток
1. Прием таблеток по 1 шт. 3 раза в день. В 10.00 прием 1 шт. в 10.00. В 10.00 прием 1 шт. в 10.00. В 10.00 прием 1 шт. в 10.00.
 2. 15 мин. прогулка по коридору. Прием таблеток по 1 шт. 3 раза в день. В 10.00 прием 1 шт. в 10.00. В 10.00 прием 1 шт. в 10.00.

③ В субботу 7 часов утра, в воскресенье в 10 часов, когда я лежал на кровати и читал книгу, почувствовал, как будто кто-то наступил на меня. Стало неприятно, неудобно, появилось чувство нестерпимости и тревоги. Это продолжалось полчаса: с 9.45 до 10.15. Состояние ухудшилось от 2 до 5 процентов в 1 минуту с легкой тахикардией, пульс в 9.50-9.55, пульс пошло на убыль. Тахикардия пульса с 55 встала и 9.50-9.55 до 75-80 ударов в минуту, пульс пошел на убыль и вернулось к исходной. Болевых ощущений не было. Когда тахикардия усилилась встал до максимума 3, при этом пошел на крыльцо и встал, сделал парамедикаментозный массаж сердца, пульс вернулся к исходной. Схватился за живот из-за боли в животе.



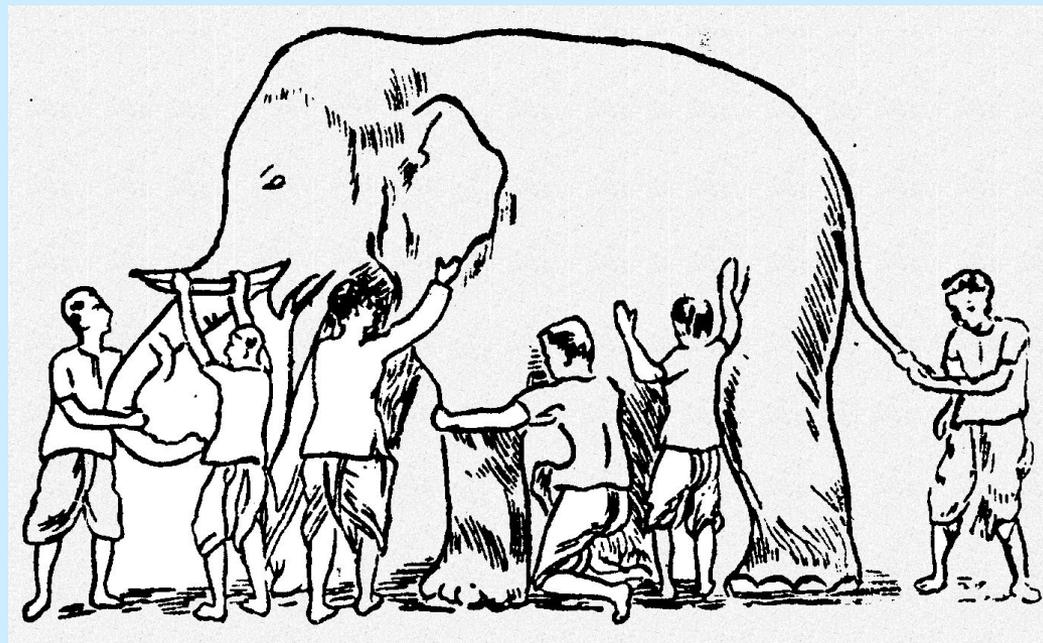
примерные времена наступившей тахикардии

Температура в этот момент не была измерена (субъективно).
 1. Сильный завтрак и выпитые 1,5 стакана чая, это возможно при тахикардии нагрузка на дисфункцию и нагрузку сердце. (так иногда бывает в прошлом в той же мере много лет назад).
 2. Теряющийся, связаный с изменением одного из функциональных моментов вегетативной системы, лежа в кровати, книги истощились, рождал с описанными симптомами приступа тахикардии. Прием таблеток в середине (18.00).
 3. Состояние было и другим образом. Все это было связано с тахикардией, которая была на фоне тахикардии. В этот момент тахикардия, это пришло - в другом, тоже име тахикардией.

С больным надо разговаривать!



Осмотр пациентов с аритмиями – малоинформативный метод!





Определение лечебной тактики.

1. Определение показаний к медикаментозному лечению.
2. Определение показаний к имплантации ЭКС (включая ресинхронизирующую терапию).
3. Определение показаний к имплантации антиаритмических устройств.
4. Определение показаний к катетерным операциям.



Определение лечебной тактики.



ВСЕРОССИЙСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО
СПЕЦИАЛИСТОВ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИИ,
АРИТМОЛОГИИ И КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ (ВНОА)

РЕКОМЕНДАЦИИ

ВСЕРОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА
СПЕЦИАЛИСТОВ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ
ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИИ, АРИТМОЛОГИИ
И КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

ПО ПРОВЕДЕНИЮ

клинических
электрофизиологических
исследований, катетерной
абляции и имплантации
антиаритмических устройств

МОСКВА || 2005

Journal of the American College of Cardiology
© 2008 by the American College of Cardiology Foundation, the American Heart Association, Inc., and the Heart Rhythm Society
Published by Elsevier Inc. Vol. 51, No. 21, 2008
ISSN: 0885-0666/08/\$30.00
doi:10.1016/j.jacc.2008.05.022

PRACTICE GUIDELINE: FULL TEXT

ACC/AHA/HRS 2008 Guidelines for Device-Based Therapy of Cardiac Rhythm Abnormalities

A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the ACC/AHA/NASPE 2002 Guideline Update for Implantation of Cardiac Pacemakers and Antiarrhythmic Devices)

Developed in Collaboration With the American Association for Thoracic Surgery and Society of Thoracic Surgeons

Writing Committee Members

Andrew E. Epstein, MD, FACC, FAHA, FHRS, Chair*
John P. DiMarco, MD, PhD, FACC, FAHA, FHRS*
Kenneth A. Ellenbogen, MD, FACC, FAHA, FHRS*
N. A. Mark Estes, III, MD, FACC, FAHA, FHRS
Roger A. Fischman, MD, FACC, FHRS*
Lawrence S. Gottes, MD, FACC, FAHA
A. Marc Gillinov, MD, FACC, FAHA*†
Gabriel Gregoratos, MD, FACC, FAHA
Stephen C. Hammill, MD, FACC, FHRS

ACC/AHA Task Force Members

Sidney C. Smith, Jr, MD, FACC, FAHA, Chair
Alice K. Jacobs, MD, FACC, FAHA, Vice-Chair
Cynthia D. Adams, RN, PhD, FAHA‡
Jeffrey L. Anderson, MD, FACC, FAHA‡
Christopher E. Buller, MD, FACC
Mark A. Creager, MD, FACC, FAHA
Steven M. Ettinger, MD, FACC
David P. Faxon, MD, FACC, FAHA‡
Jonathan L. Halperin, MD, FACC, FAHA‡

David L. Hayes, MD, FACC, FAHA, FHRS*
Mark A. Hickey, MD, FACC, FAHA
L. Kristin Newby, MD, FACC, FAHA
Richard L. Page, MD, FACC, FAHA, FHRS
Mark H. Schoenfeld, MD, FACC, FAHA, FHRS
Michael J. Sliwa, MD, FACC
Lynne Warner Stevenson, MD, FACC, FAHA‡
Michael O. Sweeney, MD, FACC*

*Received from writing on guideline recommendations (see Section 1.2, "Document Review and Approval," for more detail), American Association for Thoracic Surgery and Society of Thoracic Surgeons official representatives. †Heart Failure Society of America official representative.

Loren F. Hiratzka, MD, FACC, FAHA‡
Sharon A. Hunt, MD, FACC, FAHA‡
Huzan M. Krumholz, MD, FACC, FAHA
Friedrich C. Kunkeler, MD, FACC, FAHA
Bruce W. Lytle, MD, FACC, FAHA
Rick A. Nishimura, MD, FACC, FAHA
Joseph P. Ornato, MD, FACC, FAHA‡
Richard L. Page, MD, FACC, FAHA
Barbara Rigge, DNSc, RN, FAHA‡
Laura C. Tacklington, RN
Clyde W. Yancy, MD, FACC, FAHA
§HRS Task Force member during this writing effort

This document was approved by the American College of Cardiology Foundation Board of Trustees, the American Heart Association Science Advisory and Coordinating Committee, and the Heart Rhythm Society Board of Trustees in February 2008.
The American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, and Heart Rhythm Society support this document by doing so without endorsing specific products, services, or companies. The American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, and Heart Rhythm Society do not endorse any specific product, service, or company. The American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, and Heart Rhythm Society do not endorse any specific product, service, or company. The American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, and Heart Rhythm Society do not endorse any specific product, service, or company. The American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, and Heart Rhythm Society do not endorse any specific product, service, or company.

This article has been republished in the May 27, 2008, issue of Circulation and the June 2008 issue of Heart Rhythm.
Copies of this document are available on the World Wide Web site of the American College of Cardiology (www.acc.org), the American Heart Association (www.heart.org), and the Heart Rhythm Society (www.hrsonline.org). For copies of this document, please contact the Elsevier Inc. Reprint Department, at (202) 637-3030, or visit www.Elsevier.com.
Permissions: Multiple copies, modification, alteration, enhancement, or other distribution of this document are not permitted without the express permission of the American College of Cardiology Foundation, American Heart Association, or Heart Rhythm Society. Please contact Elsevier's permission department at healthpermissions@elsevier.com.

Update 2006

ESC POCKET GUIDELINES

Committee for Practice Guidelines
To improve the quality of clinical practice and patient care in Europe

AFib

GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

For more information
www.escardio.org

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®



Если это имплантация ЭКС, то именно Вы в ходе обследования определяете предполагаемый режим кардиостимуляции



Если это операция по поводу АВ
тахикардии, то именно Вы в ходе
обследования определяете характер
аномалии проводящей системы сердца



Медикаментозное лечение.

1. Лечение основного заболевания.
2. Лечение факторов, способствующих появлению аритмий.
2. Первичная профилактика аритмий.
3. Протекторная антиаритмическая терапия.
4. Восстановление синусового ритма при тахиаритмиях.



Лечение основного заболевания.

1. Реваскуляризация миокарда.
2. Противоишемическая терапия.
3. Антигипертензивная терапия.
4. Лечение миокардита.



Лечение факторов, способствующих появлению аритмий.

1. ХСН
2. Электролитные нарушения.
3. Ятрогении.
4. Нормализация эмоционального статуса.
5. Лечение хронических интоксикаций.



Первичная профилактика аритмий.

1. Бета-адреноблокаторы.
2. Ингибиторы АПФ.
3. Ингибиторы АТ-рецепторов.
4. Статины.
5. Ω -3-полиненасыщенные ЖК.



Протекторная антиаритмическая терапия.





Восстановление синусового ритма при тахиаритмиях.



Pill at pocket



Восстановление синусового ритма при тахиаритмиях.

Препарат	Путь введения	Тип рекомендаций	Уровень доказанности
Препараты с доказанной эффективностью			
Дофетилид	Per os	I	A
Флекаинид	Per os или в/в	I	A
Ибутилид	В/в	I	A
Пропафенон	Per os или в/в	I	A
Амиодарон	Per os или в/в	IIa	A
Менее эффективные или недостаточно изученные препараты			
Дизопирамид	В/в	IIb	B
Прокаинамид	В/в	IIb	C
Хинидин	Per os	IIb	B
Не должны назначаться			
Дигоксин	Per os или в/в	III	A
Соталол	Per os или в/в	III	A



Подготовка к интервенции.

1. Компенсация ХСН.
2. Адекватная противоишемическая, гипотензивная терапия.
3. Адекватная антитромботическая терапия.
4. Своевременная отмена антиаритмической терапии, других препаратов, способных повлиять на электрофизиологию.



Подготовка к интервенции.

- Антитромботическая терапия перед катетерной аблацией в полном соответствии с Рекомендациями по диагностике и лечению ФТТ 2009 г.;
- При персистирующей ФТТ за день до операции дважды эноксапарин 0,5-1,0 мг/кг.



Если это операция по поводу ФПТ:

- Наличие структурных изменений сердца (АГ, ИБС, ХСН);
- Форма ФПТ;
- Частота возникновения и длительность ФПТ;
- Механизм «запуска» ФПТ (фокальные залпы, фокусные суправентрикулярные тахикардии).
- Размеры ЛПТ;
- Данные ЧПЭХО;
- Оценка функции щитовидной железы.



Ведение пациента после интервенции.



- Какие-то препараты можно отменить?
- Какие-то препараты можно назначить?
- А кто будет программировать ЭКС и антиаритмические устройства?



Ведение пациента после интервенции.



Оценка эффективности операции.



Ведение пациента после интервенции.



Инцизионные аритмии.



Благодарю за внимание!

