

---

профессор А.В.Недоступ

---

**НЕКОТОРЫЕ ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРИТМИЙ СЕРДЦА**

**ИЛИ**

**КАК НЕ НАДО ЛЕЧИТЬ АРИТМИИ**

---

# **I. ОШИБКИ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОЙ АРИТМИИ («лечить – не лечить») - 1**

---

❖ **мерцательная аритмия – ошибки редки**

❖ **экстрасистолия**

**1. Излишняя агрессивность.**

**2. Излишняя пассивность:**

- **экстрасистолия высоких градаций на фоне плохого состояния миокарда, нестабильной стенокардии**
- **предсердная экстрасистолия у больных с увеличением левого предсердия**

**Неправильная трактовка результатов исследования CAST.**

❖ **пароксизмальная тахикардия – ошибки редки**

---

# **I. ОШИБКИ ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОЙ АРИТМИИ («лечить – не лечить») - 2**

---

## **❖ синдром слабости синусового узла**

- 1. Излишняя агрессивность при вагусной дисфункции синусового узла.**
- 2. Устранение постоянной формы мерцательной аритмии у больных с СССУ в анамнезе.**
- 3. Затягивание с имплантацией ИВР.**
- 4. Боязнь проведения любой консервативной терапии.**

## **❖ атриовентрикулярные блокады**

- 1. Боязнь любой антиаритмической терапии на фоне небольшого удлинения интервала PQ.**
- 2. Затягивание с имплантацией ИВР у больных с АВ блокадой II степени 2 типа или полной АВ блокадой.**

---

## **III. НЕВЕРНЫЙ ПОДХОД («консервативный» или «радикальный») В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ - 1**

---

### **❖ мерцательная аритмия (пароксизмальная форма)**

- 1. Неустранение впервые возникшего (или редко возникающего) затянувшегося приступа МА.**
- 2. Затягивание с купированием приступа МА в первые 48 часов.**
- 3. Излишняя агрессивность при частых, особенно не тяжелых, спонтанно купирующихся приступах МА.**
- 4. Активные попытки «перевода МА в постоянную форму».**
- 5. Ошибки в решении вопроса о профилактической терапии редких, но достаточно тяжелых приступов МА (трудность ситуации).**
- 6. Неназначение антикоагулянтов при приступах МА.**
- 7. Продолжение антиаритмической профилактической терапии при ее явной неэффективности.**

---

## **II. НЕВЕРНЫЙ ПОДХОД («консервативный» или «радикальный») В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ - 2**

---

### **❖ мерцательная аритмия (постоянная форма)**

- 1. Ошибки при решении вопроса об устранении или неустранении МА.**
- 2. Предпочтение медикаментозного восстановления ритма, отказ от ЭИТ при неэффективности медикаментозного восстановления ритма.**
- 3. Ошибки при подготовке к восстановлению ритма.**
- 4. Неназначение поддерживающей (противорецидивной) терапии после восстановления синусового ритма.**
- 5. Отказ от повторного восстановления ритма при рецидиве МА после длительного срока сохранения синусового ритма.**

---

## **III. НЕВЕРНЫЙ ПОДХОД («консервативный» или «радикальный») В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ - 3**

---

❖ **экстрасистолия – см. выше**

❖ **пароксизмальная тахикардия**

- 1. Неиспользование (использование не в полном объеме) рефлекторных проб при приступе наджелудочковой ПТ.**
- 2. Затягивание с купированием приступа с помощью ЭИТ или ЧПСС.**
- 3. Неназначение (позднее назначение) превентивной медикаментозной терапии при частых и/или тяжелых приступах.**

❖ **синдром слабости синусового узла – см. выше**

❖ **атриовентрикулярные блокады**

- 1. Излишний радикализм в попытках восстановить синусовый ритм у больных с АВ блокадой высоких степеней.**
- 2. Затягивание у этих больных с имплантацией ИВР.**

---

## **III. НЕДОУЧЕТ ЭТИОЛОГИИ АРИТМИИ И ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ**

---

- 1. «Апатетические» формы гипертиреоза.**
- 2. «Горячие» узлы в щитовидной железе.**
- 3. Скрыто протекающие миокардиты.**
- 4. Нейроэндокринная миокардиодистрофия на фоне дизовариальных расстройств.**
- 5. Безболевые формы ИБС.**
- 6. Скрытые формы синдрома преждевременного возбуждения желудочков.**
- 7. Синдромы удлиненного и укороченного интервала QT.**
- 8. Изменения в психическом статусе, вегетативные отклонения.**
- 9. Ятрогенные этиологические факторы.**

---

## **IV. НЕДОУЧЕТ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ**

---

### **В частности**

- особенностей социального статуса
- семейного положения
- отклонений в половой сфере
- режима труда и отдыха
- расстройств сна
- нарушений питания
- интоксикаций (алкоголь, кофе, крепкий чай и т.д.)
- сопутствующих заболеваний и их терапии
- аллергологического анамнеза

---

## **V. НЕДООЦЕНКА ИЛИ ПЕРЕОЦЕНКА ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ АРИТМИИ**

---

- 1. Недооценка роли электролитных расстройств (невыясненная роль гуморальных нарушений).**
- 2. Значение желчнокаменной болезни, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.**
- 3. Значение психо-вегетативных нарушений.**

---

## **VI. НЕПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР МЕДИКАМЕНТА - 1**

---

- 1. Недоучет «тропизма» препарата к той или иной разновидности аритмии - главным образом, по ее топике.**
- 2. Недооценка или переоценка возможности осложнений.**
- 3. Погоня за редкими лекарствами.**
- 4. Эмпиризм в выборе медикамента (неиспользование возможностей серийного тестирования).**

---

## **VI. НЕПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР МЕДИКАМЕНТА – 2**

### **примеры**

---

#### **❖ мерцательная аритмия**

- 1. Попытки купирования приступа МА лидокаином или изоптином.**
- 2. Применение сердечных гликозидов и/или верапамила на фоне синдрома WPW.**
- 3. При профилактике приступов (рецидивов) МА преувеличение роли  $\beta$ -блокаторов, верапамила, этмозина, мексилитина, дифенина.**
- 4. Ошибки при применении (или неприменение) амиодарона.**
- 5. Неиспользование сердечных гликозидов (в частности, дигитоксина) для предупреждения МА.**

---

## **VI. НЕПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР МЕДИКАМЕНТА – 3**

### **примеры**

---

#### **❖ экстрасистолия (1)**

- 1. Лечение наджелудочковых экстрасистол мексилетином, дифенином, этмозином.**
- 2. Лечение желудочковых экстрасистол верапамилом, хинидином (?).**
- 3. Неиспользование аллапинина для лечения экстрасистол на фоне брадикардии.**
- 4. Неоправданное применение метаболических препаратов для лечения экстрасистол «функционального» генеза.**

---

## **VI. НЕПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР МЕДИКАМЕНТА – 3**

### **примеры**

---

#### **◆ экстрасистолия (2)**

- 5. Использование препаратов IC класса при обострении ИБС или в раннем постинфарктном периоде, при выраженной гипертрофии миокарда (больше 14 мм), низкой ФВ (<35%).**
- 6. Неиспользование препаратов IC класса в отсутствие вышеперечисленных состояний.**
- 7. Неиспользование омега-3-полиненасыщенных жирных кислот.**

---

## **VI. НЕПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР МЕДИКАМЕНТА – 4**

### **примеры**

---

#### **◆ пароксизмальная тахикардия**

- 1. Неиспользование АТФ для купирования пароксизмальной тахикардии с узким комплексом QRS.**
- 2. (Редкий ЭКГ-контроль во время купирования пароксизмальной тахикардии).**
- 3. Использование сердечных гликозидов для купирования желудочковой пароксизмальной тахикардии.**

---

## **VI. НЕПРАВИЛЬНЫЙ ВЫБОР МЕДИКАМЕНТА – 5**

### **примеры**

---

#### **◆ синдром слабости синусового узла**

- 1. Использование  $\beta$ -блокаторов, амиодарона, соталола.**
- 2. Неиспользование беллоида, малых доз теопека, пролонгированных форм дигидропиридинов (амлодипин, нифекард XL и др.).**
- 3. Редкое (3 приема) назначение препаратов, учащающих ритм.**
- 4. Неиспользование малых доз (!) антиаритмиков, особенно дизопирамида и аллапинина, а также дифенина и делагила.**
- 5. Бесконтрольное (ЭКГ-мониторирование) применение антиаритмиков для купирования пароксизмов аритмии (опасность асистолии).**
- 6. Неназначение клоназепама при вегетативной дисфункции СУ**

---

## **VII. НЕВЕРНЫЙ ВЫБОР ДОЗЫ ПРЕПАРАТА И РЕЖИМА ЕГО НАЗНАЧЕНИЯ**

---

- 1. Занижение (реже завышение) дозы, недоучет при этом возрастных особенностей, функционального состояния почек, печени.**
- 2. Использование стандартных схем терапии, отсутствие индивидуализации при подборе доз (например, амиодарона).**
- 3. Использование пролонгированных форм препарата в целях купирования пароксизмальных нарушений ритма (например, хинидина-дурулес при приступе МА).**
- 4. Занижение дозировок препаратов II, III, IV классов при «продольных» нарушениях проводимости (блокадах ножек пучка Гиса).**
- 5. Отсутствие временных вариаций при назначении препарата (неиспользование возможностей суточного мониторирования ЭКГ).**

---

## **VIII. НЕИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМБИНАЦИЙ АНТИАРИТМИКОВ**

---

**Н.А.Мазур, А.Абдалла**

**Фармакотерапия аритмий. М., 1995**

**А.В.Недоступ, О.В.Благова.**

**Принципы комбинированного назначения антиаритмиков.**

**В кн.: «Как лечить аритмии», М., «Медпресс-инфо», 2012, 6-е издание**

---

## **IX. ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ - 1**

---

- 1. Недоучет обстоятельств, требующих изменения дозировок в сторону повышения (стресс, предменструальный период, резкие атмосферные или гелиомагнитные колебания, итеркуррентные инфекции и прочее).**
- 2. Необоснованно длительная терапия или сохранение высоких дозировок при хорошем эффекте в случаях аритмий, не угрожающих жизни больного.**
- 3. Слишком короткий период противорецидивной терапии после устранения постоянной формы МА (особенно при угрозе тромбоэмболических осложнений на фоне пороков сердца).**
- 4. Резкая отмена антиаритмиков после длительного их применения (опасность «рикошетного» эффекта).**
- 5. Назначение антиаритмиков I класса при попытках уредить ритм на фоне мерцательной тахиаритмии.**

---

## **IX. ТАКТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ - 2**

- 
- 6. Неиспользование антикоагулянтов или антиагрегантов при МА.**
  - 7. Неумение уредить ритм при мерцательной тахиаритмии (сочетание сердечных гликозидов с  $\beta$ -блокаторами, верапамилом; использование возможностей антиаритмиков для подавления частых гетеротопных ритмов на фоне фибрилляции предсердий).**
  - 8. Неумение уредить ритм при мерцательной брадиаритмии (неиспользование теопека, беллоида, нифедипина) .**
  - 9. Неиспользование возможностей суточного мониторирования ЭКГ при постоянной форме МА для коррекции терапии (адекватное распределение во времени приема медикаментов, коррекция терапии при желудочковой эктопии, имплантация ИВР при периодах асистолии  $\geq 3$  с.)**
  - 10. Применение антиаритмиков для подавления желудочковой эктопии на фоне полной АВ блокады в отсутствие постоянного ЭКС (угроза остановкой сердца)**

---

## **Х. НЕДОУЧЕТ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СОВРЕМЕННОГО КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРИТМИЙ**

- 1. Неиспользование возможностей РЧА АВ соединения для создания полной АВ блокады с имплантацией ЭКС и стимуляцией желудочков при упорной тахисистолии у больных МА и упорными изнуряющими пароксизмами МА.**
- 2. Неиспользование возможностей РЧА при:**
  - упорной экстрасистолии
  - пароксизмальной тахикардии
  - синдроме преждевременного возбуждения желудочков
  - трепетании или фибрилляции предсердий
- 3. Неиспользование возможности имплантации кардиовертера-дефибриллятора при жизнеугрожающих желудочковых аритмиях.**

---

## **XI. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОШИБКИ**

---

**А.В.Недоступ**

**Деонтологические проблемы в аритмологии.**

**В кн.: «Как лечить аритмии», М., «Медпресс-инфо», 2012, 6-е издание**