



Лікування пароксизмів фібриляції /тріпотіння передсердь на догоспітальному етапі

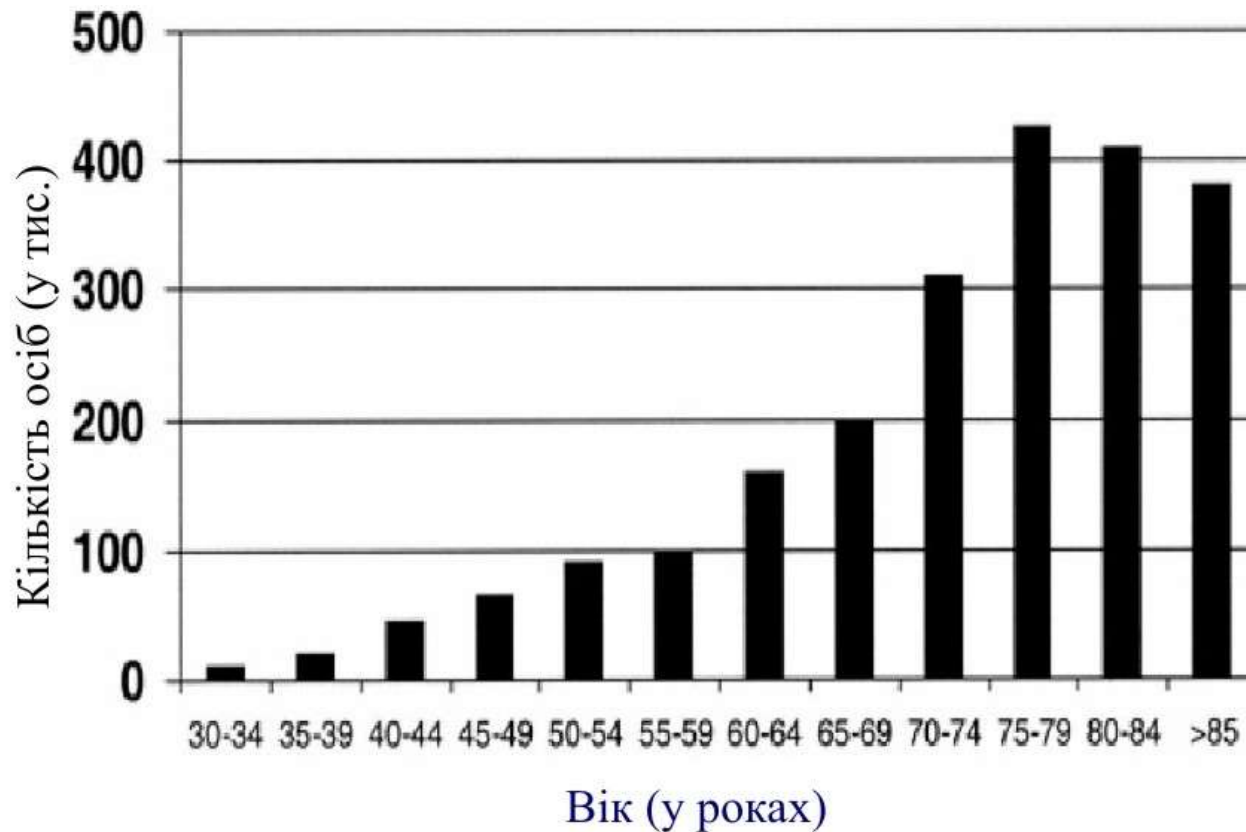
**Київська міська станція
швидкої медичної допомоги
2012 рік**

Божко Л.І., Вершигора А.В., Несукай В.А.

Класифікація миготливої аритмії

- ▶ Вперше виявлена
 - ▶ Рецидивуюча
 - ▶ Пароксизмальна
 - ▶ Персистуюча
 - ▶ Тривало персистуюча
 - ▶ Постійна
- 

Поширеність фібриляції передсердь (США)



Arch Intern Med 1995;155:469–73 (19).

Поширеність ФП в Україні

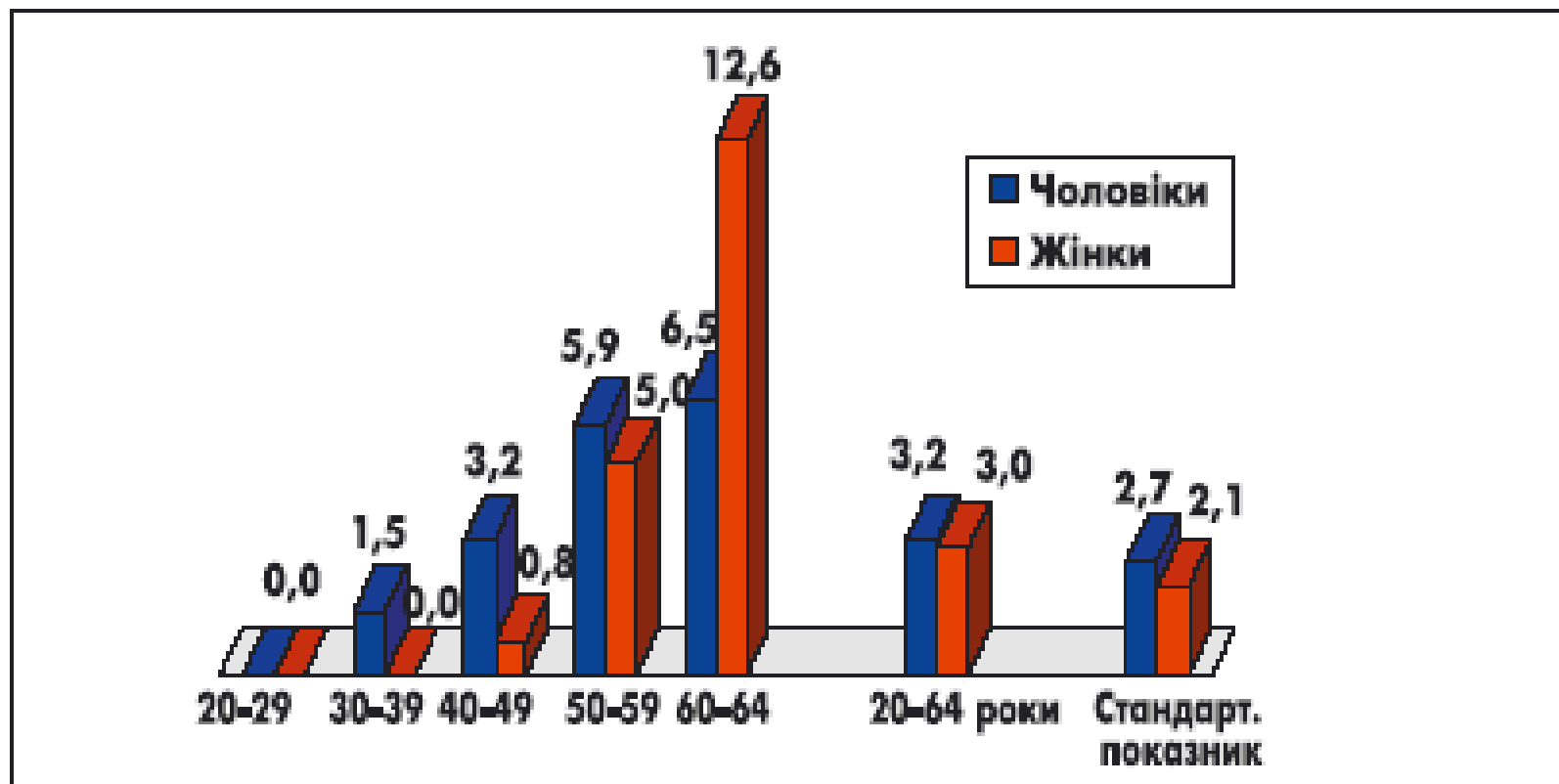


Рис. 6. Поширеність ФП/ТП у різних статевих-вікових групах, %

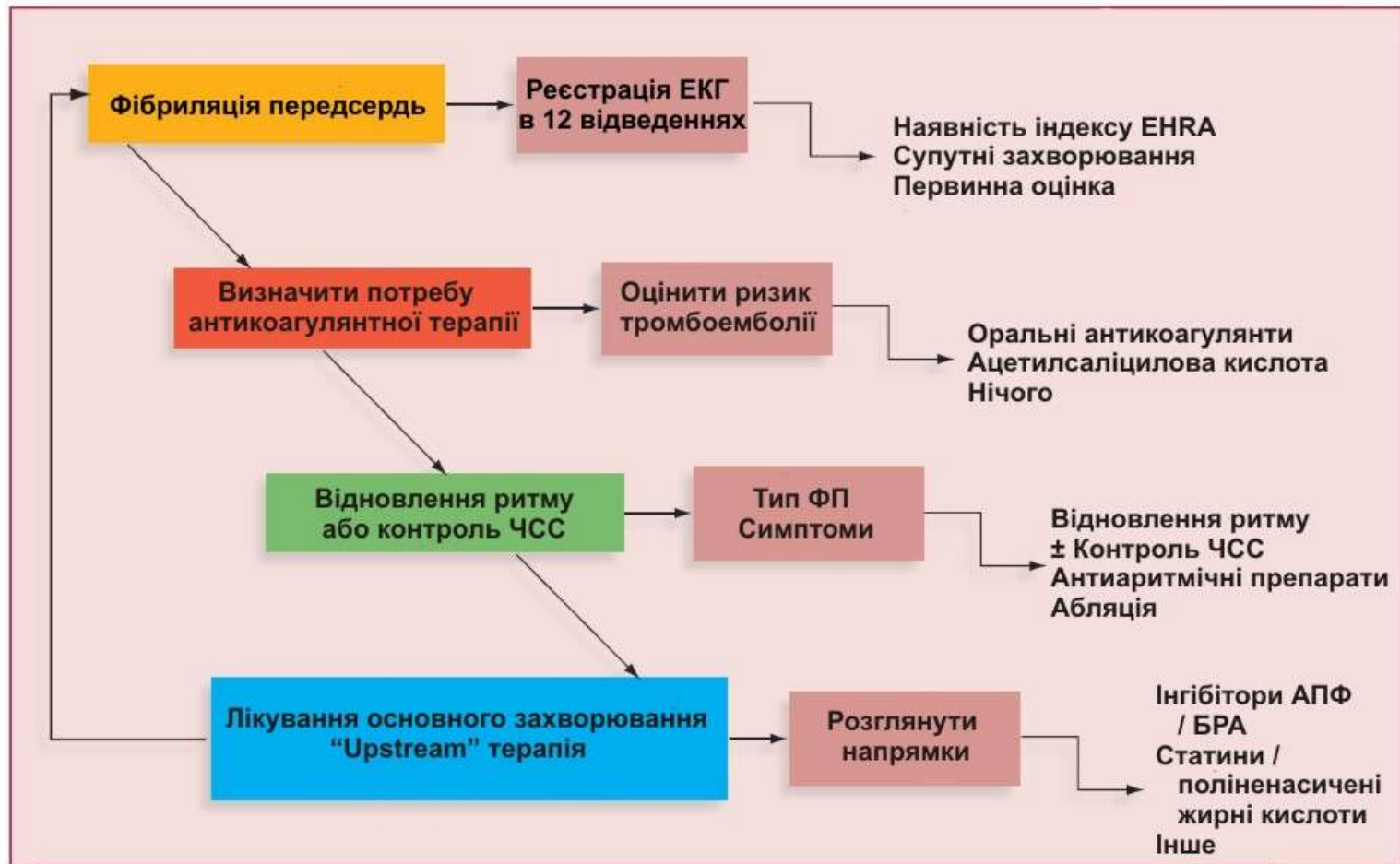
Срібна О.В., Епідеміологічний аналіз поширеності фібриляції передсердь у міській неорганізованій популяції, «Здоров'я України», № 130, листопад 2005.



Кількість викликів по КМСШМД з приводу ФП/ТП у січні 2012 р.

Викликів з приводу аритмій	1165
Всі виклики з приводу ФП/ТП	864
% ФП/ТП від усіх викликів, викликаних бригадами ШМД	2,3%
% ФП/ТП від викликів з приводу порушення ритму серця	74,2%
Кількість викликів до пацієнтів з постійною формою ФП/ТП	130
Кількість викликів до пацієнтів з пароксизмами ФП/ТП	734
Кількість пацієнтів з ФП/ТП	644
В тому числі пацієнтів з вперше виниклими пароксизмами ФП/ТП	62

Рекомендації Європейського товариства кардіологів (2010 р.)



Шкала EHRA

Клас EHRA	Пояснення
EHRA I	«Відсутність симптомів»
EHRA II	«Легкі симптоми»; симптоми не порушують звичайну щоденну активність
EHRA III	«Важкі симптоми»; симптоми порушують звичайну щоденну активність
EHRA IV	«Інвалідизуючі симптоми»; симптоми виключають звичайну щоденну активність

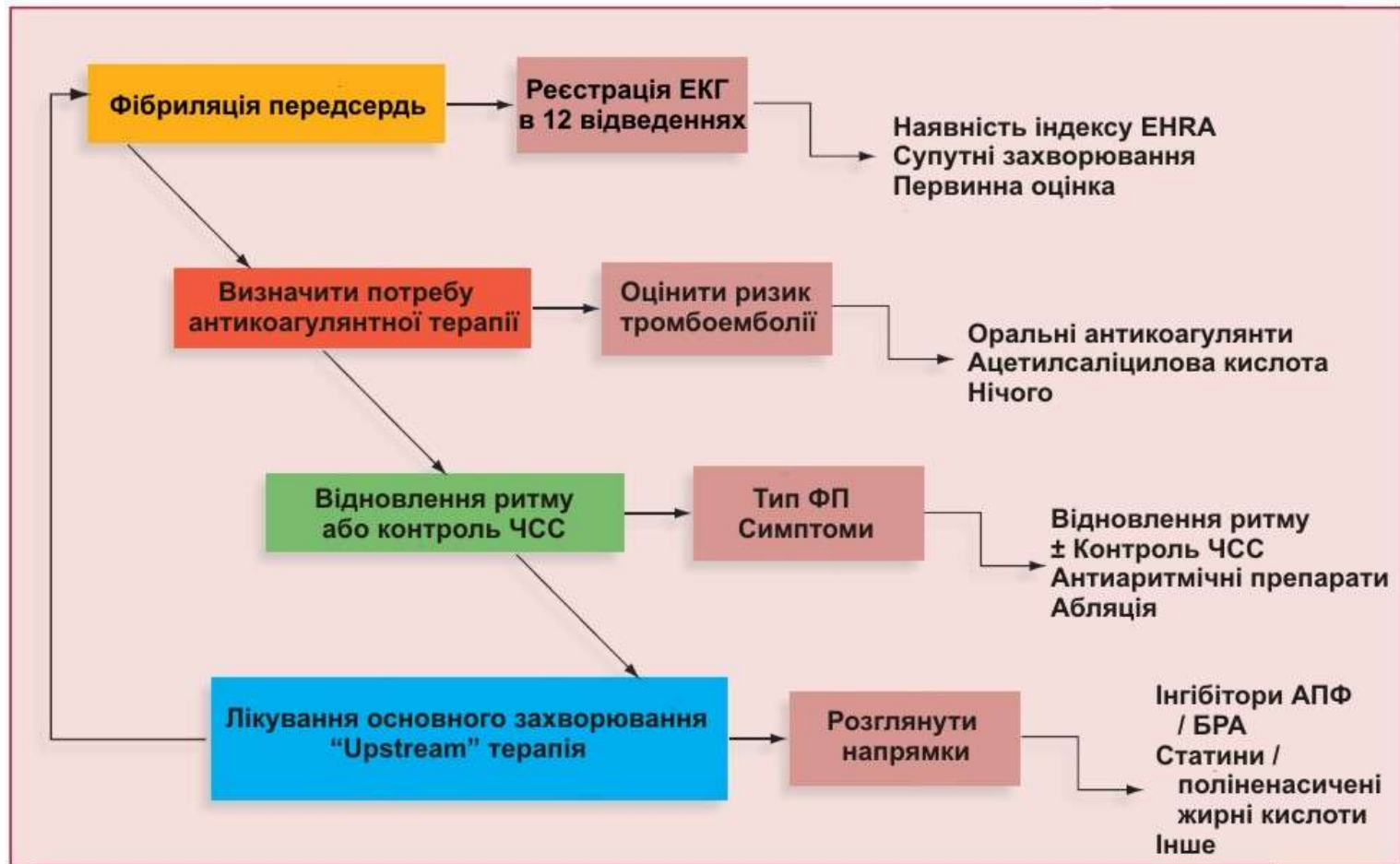
Шкала EHRA (European Heart Rhythm Association) – класифікація пов'язаних з ФП симптомів для їх оцінки



Кількість викликів по КМСШМД з приводу пароксизмів ФП/ТП

Кількість викликів до пацієнтів з пароксизмами ФП/ТП	734
Мінімальна частота скорочення шлуночків	54
Максимальна частота скорочення шлуночків	218
Середня частота скорочення шлуночків	113±25
Медіана	113
Мода	120

Рекомендації Європейського товариства кардіологів (2010 р.)



Рекомендації Європейського товариства кардіологів (2010 р.)

Фактор ризику	Кількість балів
Застійна серцева недостатність / дисфункція ЛШ	1
Артеріальна гіпертензія	1
Вік ≥ 75 років	2
Цукровий діабет	1
Інсульт / ТІА / тромбоемболії	2
Судинна патологія	1
Вік 65-74 роки	1
Стать (приналежність до жіночої статі)	1
Максимальна кількість балів	9

Кількість балів за шкалою CHA ₂ DS ₂ -VASc	Кількість пацієнтів (n = 7329)	Розрахована частота інсульту (%/рік)
0	1	0%
1	422	1,3%
2	1230	2,2%
3	1730	3,2%
4	1718	4,0%
5	1159	6,7%
6	679	9,8%
7	294	9,6%
8	82	6,7%
9	14	15,2%

Ризик-орієнтований підхід, виражений у використанні бальної системи оцінки, що позначається акронімом CHA₂DS₂-VASc

Розрахована частота інсульту в залежності від кількості балів за шкалою CHA₂DS₂-VASc

Стратегія профілактики тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з ФП

Кількість балів за шкалою CHA ₂ DS ₂ -VASc	Рекомендована антитромботична терапія
≥2	Оральний антикоагулянт (ОАК)
1	Або ОАК, або аспірин 75–325 мг на добу (перевагу має ОАК у порівнянні з аспірином)
0	Або аспірин 75–325 мг на добу, або відсутність протитромботичної терапії (перевагу має відсутність протитромботичної терапії у порівнянні з аспірином)

Діагностика та лікування фібриляції передсердь.

Рекомендації робочої групи по порушенням серцевого ритму Асоціації
кардіологів України, Київ – 2011



Антикоагулянтна терапія

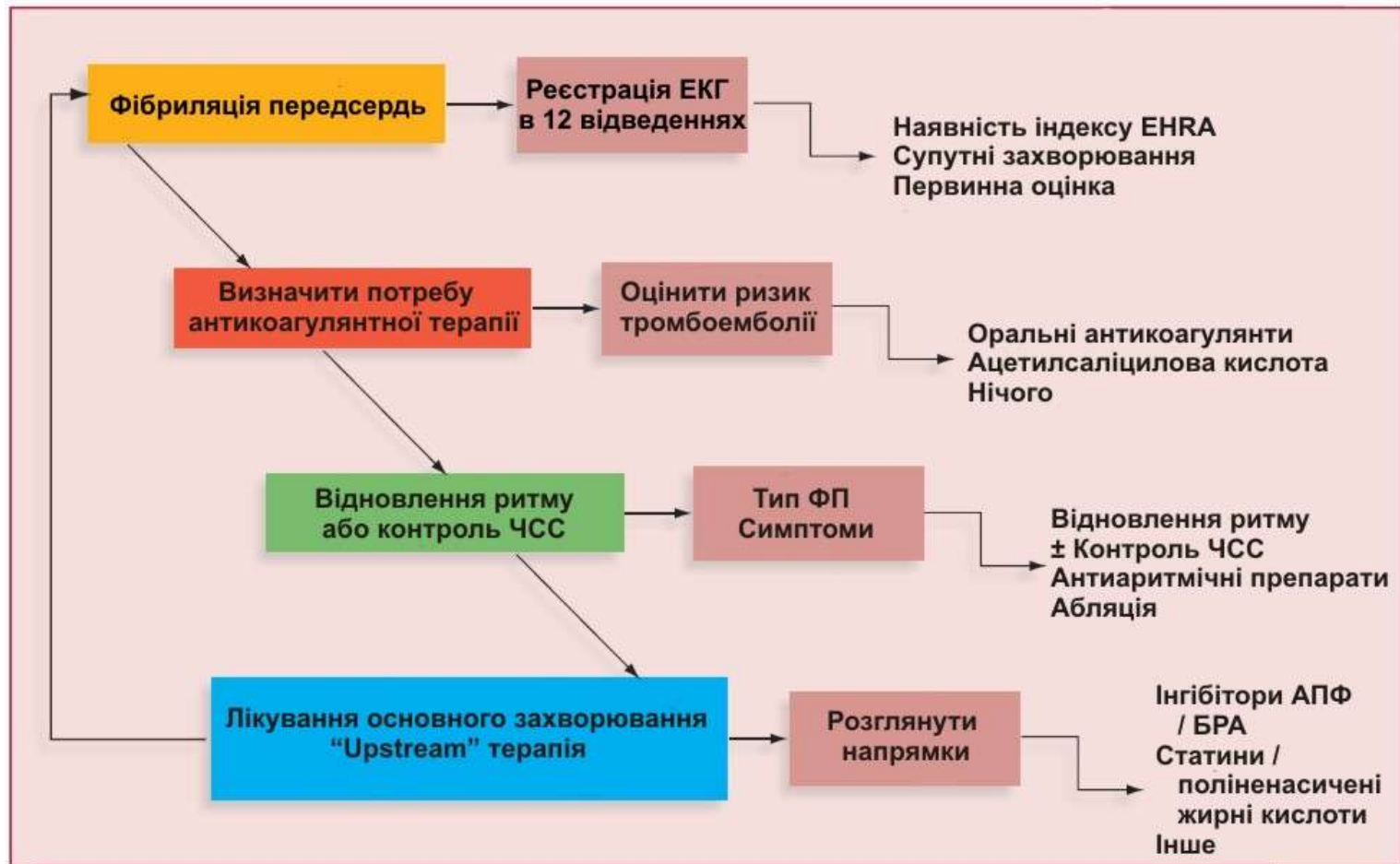
Кількість карт виїзду, в яких відмічено наявність або відсутність постійної підтримуючої терапії	230
Постійно приймали варфарин	4
Постійно приймали сінкумар	1
Постійно приймали ацетилсаліцилову кислоту	7
Постійно приймали клопідогрель	4

Для порівняння:

Хворі з ІХС до розвитку ГКС з метою профілактики приймали:

Ацетилсаліцилову кислоту	30%ч 17,6%ж
Статини	11,2%ч 7,4%ж
С.В. Валуєва, В.І.Денисюк, “Пілотний реєстр STIMUL”, “Серце і судини”, № 1, 2012	

Рекомендації Європейського товариства кардіологів (2010 р.)



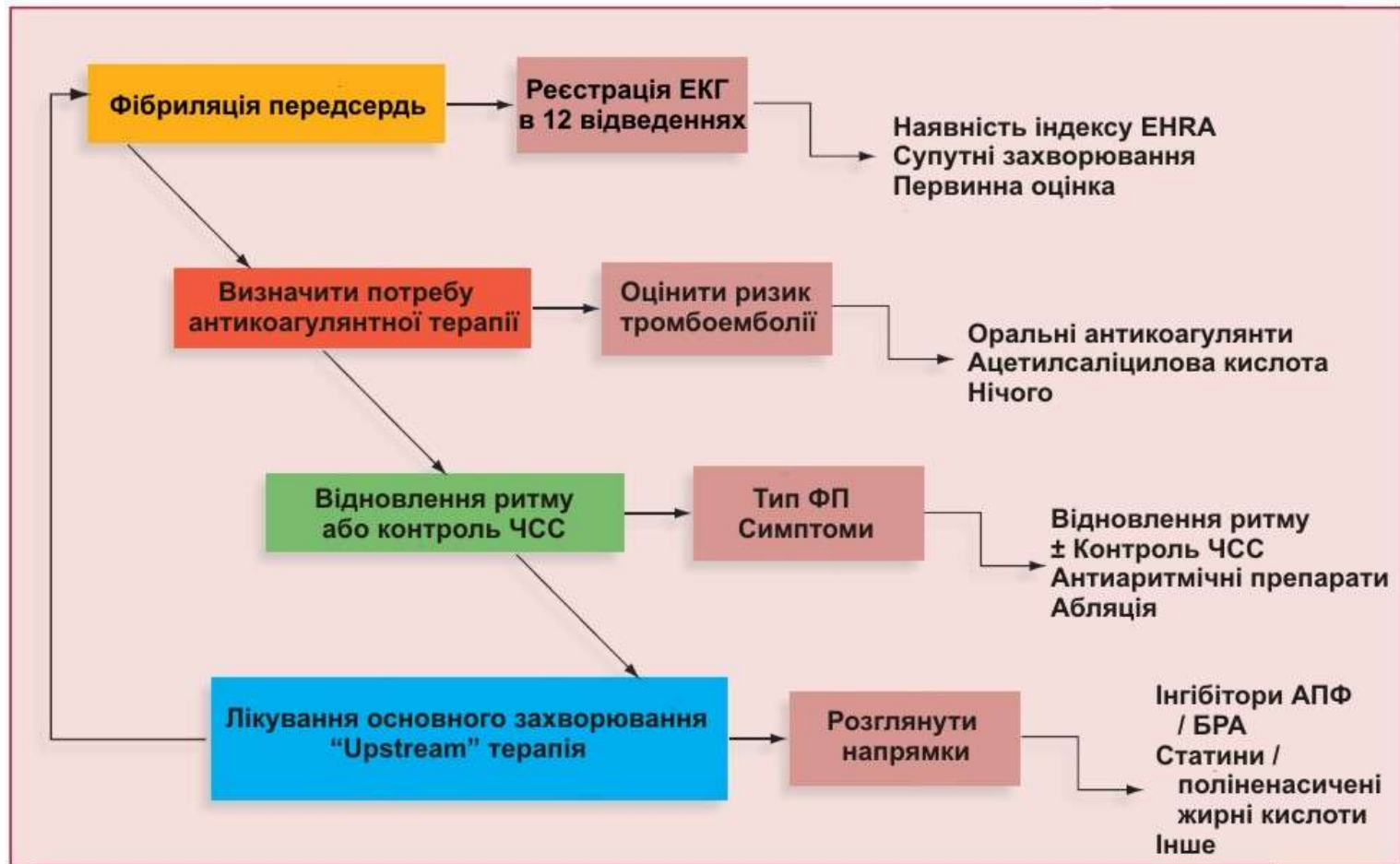


“Upstream” терапія

Кількість карт виїзду, в яких відмічено наявність або відсутність постійної підтримуючої терапії	230
Постійно приймали інгібітори АПФ або сартани	59
Постійно приймали статини	3

Середній АТ пацієнтів з пароксизмами ФП/ТП	
Середній систолічний АТ	148±54 мм рт. ст.
Медіана	140 мм рт. ст.
Мода	140 мм рт. ст.
Середній діастолічний АТ	87±14 мм рт. ст.
Медіана	90 мм рт. ст.
Мода	80 мм рт. ст.

Рекомендації Європейського товариства кардіологів (2010 р.)



Відновлення ритму чи контроль частоти?

- ▶ Дослідження Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure
- ▶ Первинною кінцевою точкою дослідження була смерть від серцево-судинних причин. Вторинні точки: смерть від будь-якої причини, інсульт, погіршення застійної СН, частота госпіталізацій, якість життя, вартість терапії і комбінація смерті від серцево-судинної причини, інсульту і погіршення застійної СН.
- ▶ Середня тривалість спостереження становила 37 ± 19 місяців, найбільший період - 74 місяці.
- ▶ Після корекції на початкові відмінності ризик досягнення первинної кінцевої точки в групах залишався таким самим (ВР - 1,05; 95% ДІ 0,85-1,29; $p = 0,67$).

Дослідження Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure проводилось в 123 в 123 центрах Канади, США, Бразилії, Аргентини, Європи та Ізраїлю з 2001 р. по 2007 р.

Відновлення ритму чи контроль частоти?

- ▶ У пацієнтів з ФП погіршуються якість життя та фізична працездатність.
- ▶ Функція лівого шлуночка часто погіршується через нерегулярні та прискорені скорочення шлуночків, а також у зв'язку з втратою скорочувальної функції передсердя та збільшення кінцево-діастолічного тиску наповнення ЛШ. Як контроль частоти серцевих скорочень, так і підтримання синусового ритму можуть покращити функцію ЛШ у пацієнтів з ФП.

Діагностика та лікування фібриляції передсердь.

Рекомендації робочої групи по порушенням серцевого ритму Асоціації кардіологів України, Київ – 2011

Наказ № 436 МОЗ України

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту

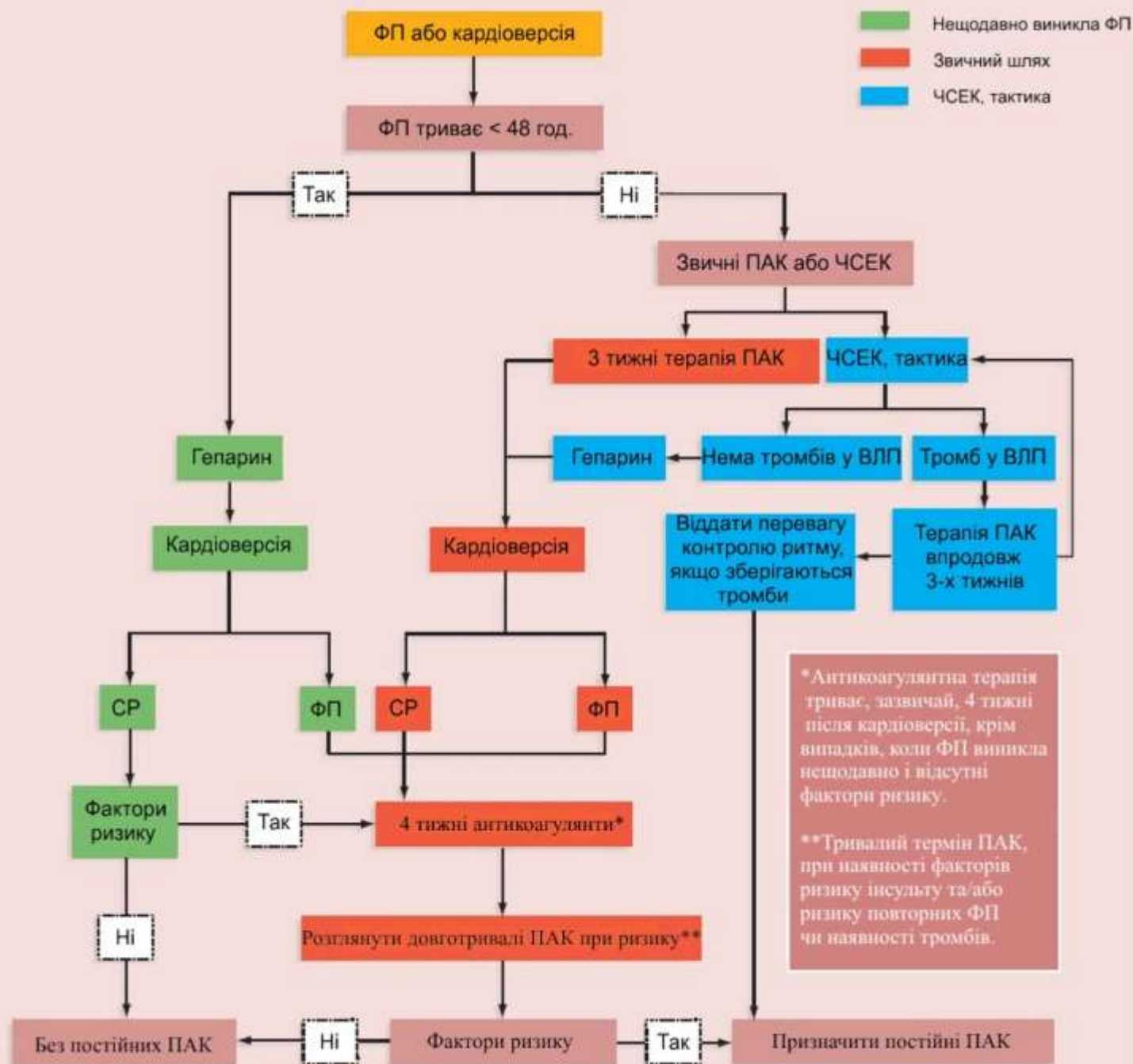
- ▶ Аспірин;
- ▶ Непрямі антикоагулянти під контролем МНО;
- ▶ Антиаритмічні препарати показані для відновлення синусового ритму та запобігання виникненню пароксизмів у подальшому;
- ▶ Бета-адреноблокатори;
- ▶ Дигоксин;
- ▶ Електроімпульсна терапія при неефективній медикаментозній терапії;
- ▶ ЧСЕКС при ТП з метою його купірування.

Наказ № 436 МОЗ України від 03.07.2006 р.

“Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Кардіологія”

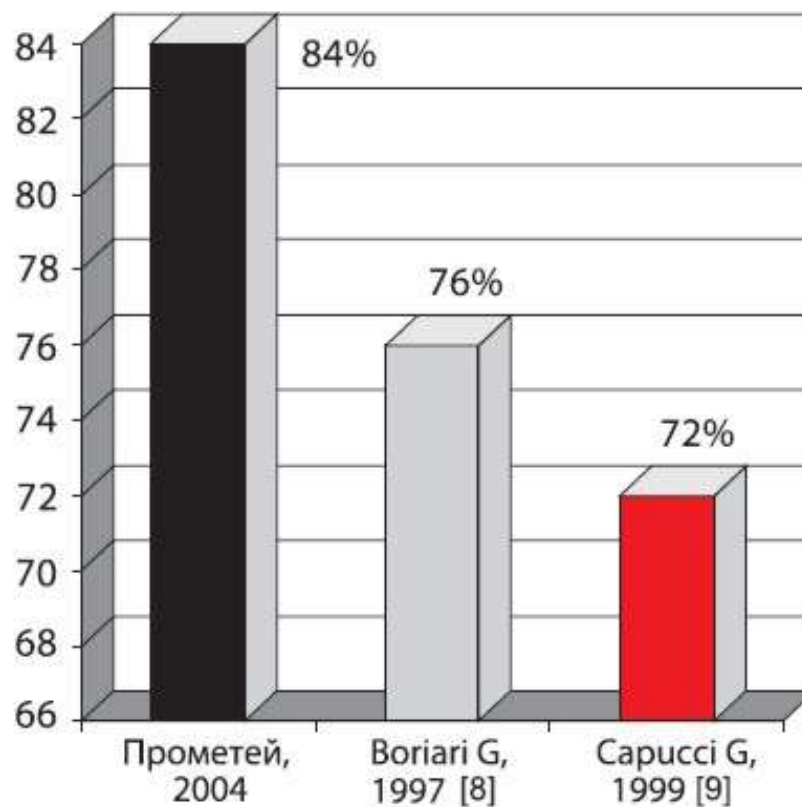
Кардіоверсія при гемодинамічно стабільній ФП, значення ЧСЕК для вибору кардіоверсії та подальшої тактики антикоагулянтної терапії.

ФП = фібриляція передсердь;
ЛП = ліве передсердя;
ВЛП = вушко лівого передсердя;
ПАК = пероральні антикоагулянти;
СР = синусовий ритм;
ЧСЕК = черезстра-
вохідна ехокардіо-
графія



Стратегія: «пігулка в кишені»

- ▶ “Прометей”
Російській
застосуван
підтриманн
фібриляції
- ▶ Для віднов.
Ритм відновл
Час відновле
в т.ч. в 64% в



ведене в
ієння та
истуючій
терорально.

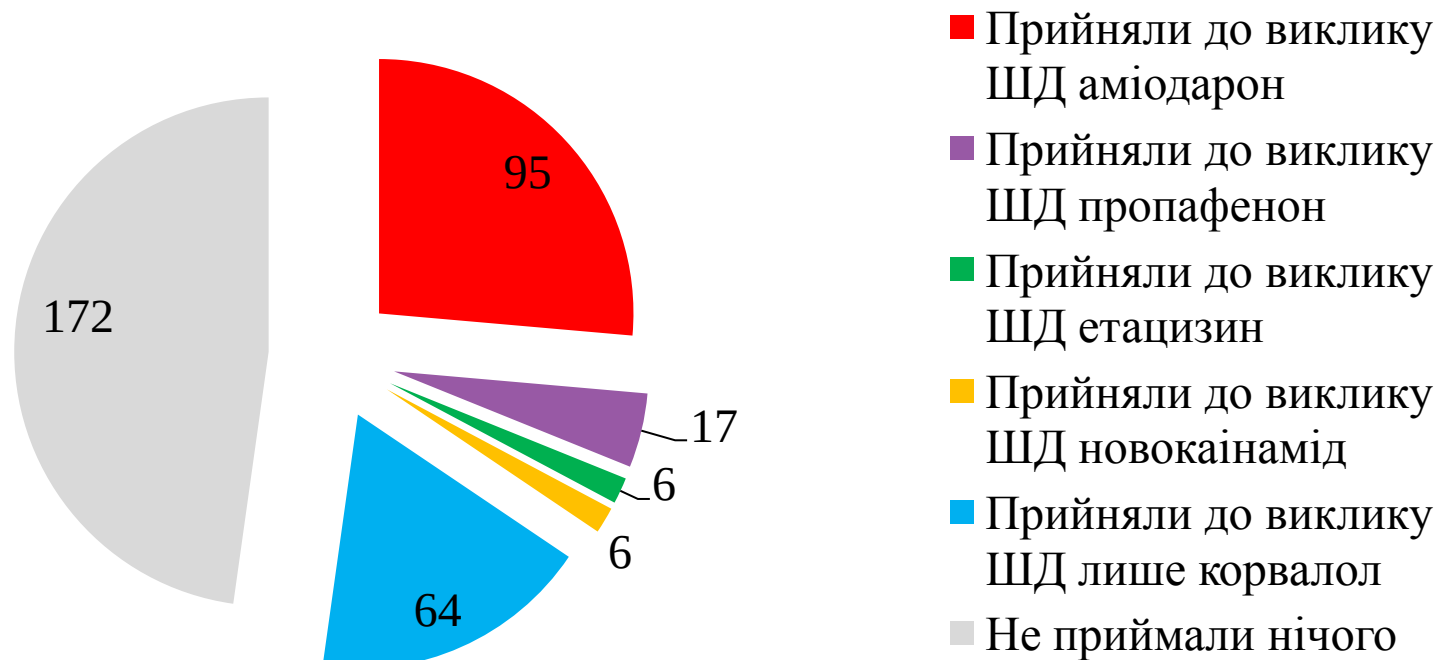
Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2005; 4(4)

http://www.propanorm.ru/assets/files/docs/issledovanie_promitei.pdf



Стратегія: «пігулка в кишені»

**Відмічено наявність або відсутність прийому
медикаментів до ШД у 360 картах виїзду**





На оснащенні бригад ШМД медикаменти

- ▶ Амiodарон
- ▶ Новокаїнамід
- ▶ Лідокаїн
- ▶ Верапаміл
- ▶ β -адреноблокатори
- ▶ АТФ
- ▶ Дігосин
- ▶ Препарати калію



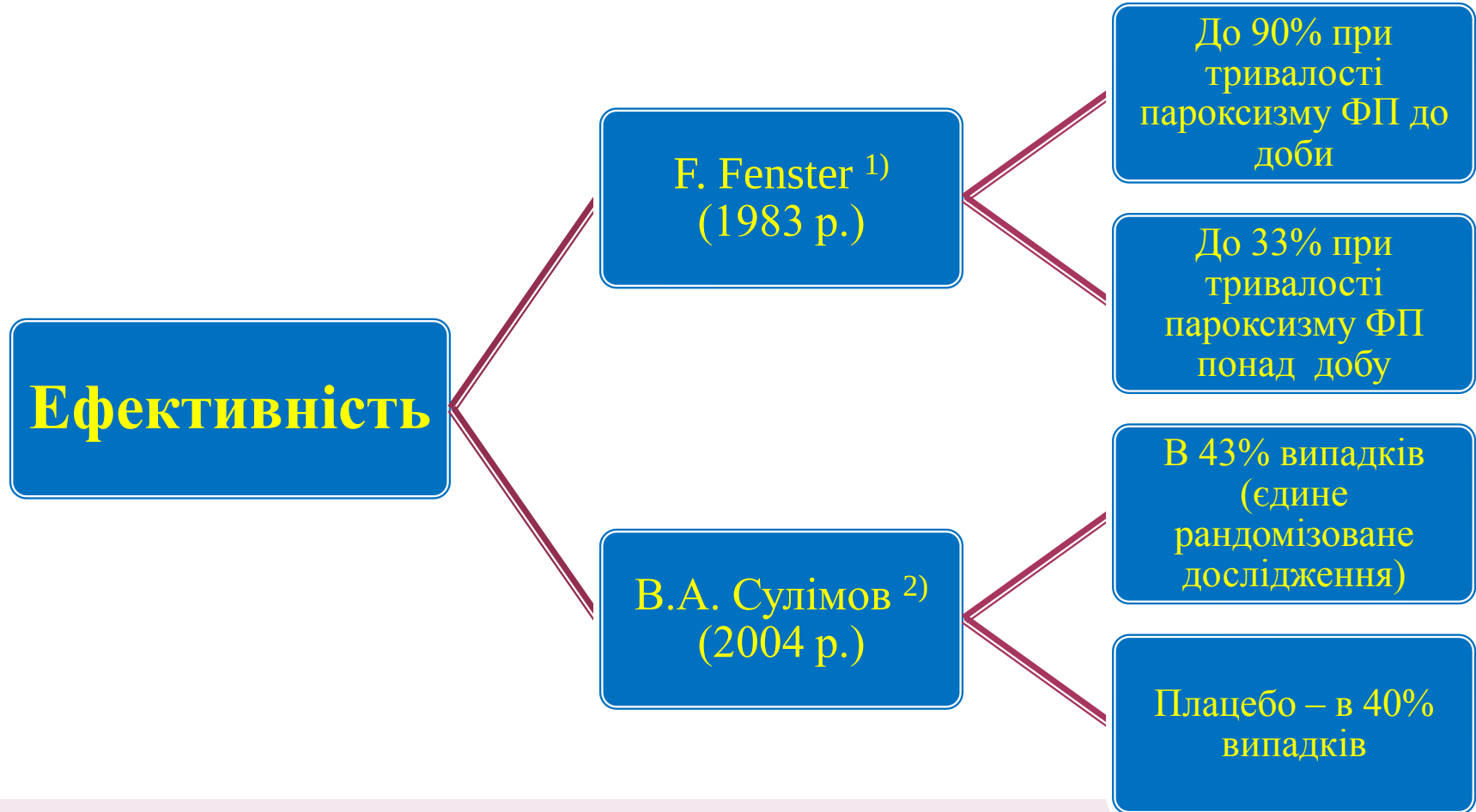
Лікування пароксизмів ФП/ТП бригадами ШМД

ШМД вводила аміодарон	93 (12,7%)
Після введення ШМД аміодарону ритм відновлено	26 (28,0%)
ШМД вводила аміодарон+новокаїнамід	23 (3,1%)
Після введення ШМД аміодарону+новокаїнамід ритм відновлено	13 (56,5%)
ШМД вводила новокаїнамід	345 (47,0%)
Після введення ШМД новокаїнаміду ритм відновлено	192 (55,7%)
ШМД проводила ЕІТ	5 (0,7%)
Після проведення ШМД ЕІТ ритм відновлено	4 (80,0%)
ШМД вводила інші препарати з метою сповільнення ритму	151 (20,6%)

Пропонувалась госпіталізація при вперше виниклому пароксизмі ФП/ТП 55 пацієнтам (88,7% від вперше виниклих)

Погодились на госпіталізацію при вперше виниклому пароксизмі ФП/ТП 47 пацієнтам (75,8% від вперше виниклих)

Новокаїнамід



¹⁾ Fenster J., Comess K., Marsh R. et al. Conversion of atrial fibrillation to sinus rhythm by acute intravenous procainamide infusion. // Am.Heart.J.- 1983.- V. 106.- P. 501-504.

²⁾ Доповідь проф. В.А. Сулімова (Клініка ІХС та інтервенційної кардіології Московської медичної академії) на міжнародному медико-фармацевтичному конгресі «Ліки та життя», 17 лютого 2004 р., Київ

Новокаїнамід

Протипокази

```
graph LR; A[Протипокази] --- B[Алергія на новокаїнамід]; A --- C[Тахісистолічна форма фібриляції передсердь (без попереднього уповільнення частоти скорочень шлуночків ризик трансформації ФП у ТП зі значним підвищенням ЧСШ або трансформації у ШТ)]; A --- D[Колапс]; A --- E[Виражена серцева недостатність]; A --- F[Подовжений інтервал QT (збільшується ризик трансформації ФП у ФШ)];
```

Алергія на новокаїнамід

Тахісистолічна форма фібриляції передсердь (без попереднього уповільнення частоти скорочень шлуночків ризик трансформації ФП у ТП зі значним підвищенням ЧСШ або трансформації у ШТ)

Колапс

Виражена серцева недостатність

Подовжений інтервал QT (збільшується ризик трансформації ФП у ФШ)

Новокаїнамід

Небезпечність



```
graph LR; A[Небезпечність] --- B[Можлива шлуночкова тахікардія "torsades de pointes» (Л.В. Чирейкін*)]; A --- C[Викликає зниження артеріального тиску та збільшення частоти серцевих скорочень]; A --- D[Викликає погіршення скоротливої функції міокарду, (небезпечно при серцевій недостатності, гострому інфаркті міокарда зі зниженням скоротливої функції)];
```

Можлива шлуночкова тахікардія "torsades de pointes» (Л.В. Чирейкін*)

Викликає зниження артеріального тиску та збільшення частоти серцевих скорочень

Викликає погіршення скоротливої функції міокарду, (небезпечно при серцевій недостатності, гострому інфаркті міокарда зі зниженням скоротливої функції)

* Чирейкин Л.В., Татарский Б.А., Тактика ведения больных с фибрилляцией предсердий, НИИ кардиологии МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, Россия

Переваги аміодарону

- ▶ Сповільнює ЧСС (відсутня небезпека переходу ФП в ТП з проведенням 1:1 або 2:1).
- ▶ Оптимальний засіб вибору за наявності порушень гемодинаміки, (менш виражена негативна інотропна та аритмогенна дія).
- ▶ Протягом 24 годин після в/в введення відновлення синусового ритму $> 80\%$ (у пацієнтів з персистуючою ФП).



Оптимальна тактика догоспітального етапу

Електроімпульсна терапія

- ▶ Аритмічний колапс
- ▶ Гостра лівошлуночкова недостатність
- ▶ Пароксизм миготливої аритмії з високою ЧСС, на фоні гострого коронарного синдрому
- ▶ Прогресуюча серцева недостатність
- ▶ Миготлива аритмія, яка не піддається медикаментозному лікуванню (*анамнестично*)



Оптимальна тактика догоспітального етапу

Аміодарон

- ▶ При вперше виниклому пароксизмі ФП/ТП
- ▶ При постійному прийомі пацієнтом аміодарону
- ▶ При ефективності аміодарону в минулому (анамнестично)
- ▶ При пароксизмі понад 24 години
- ▶ При наявності протипоказів до новокаїнамідю



Оптимальна тактика догоспітального етапу

Новокаїнамід

- ▶ При ефективності новокаїнаміда в минулому (анамнестично)
- ▶ При пароксизмі до 12 годин
- ▶ *При наполяганні пацієнта*
- ▶ ***Обов'язкова відсутність протипоказів до застосування новокаїнаміду!***



Дякую

за

увагу!