

ПРОБЛЕМЫ СКОРОЙ ПОМОЩИ

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПРИСТУПАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Епифанов В.Г., Долгих В.Т.*

МУЗ “Станция скорой медицинской помощи”¹, Омск; Омская государственная медицинская академия², Омск

Резюме

Проведено сравнительное ретроспективное изучение результатов оказания неотложной медицинской помощи 662 больным артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца с приступами фибрилляции предсердий и дана оценка тактики их ведения на догоспитальном этапе. Установлено, что терапия фибрилляции предсердий, проводимая на догоспитальном этапе, оказалась малоэффективна в первый час наблюдения. Подавляющее число случаев фибрилляции предсердий (более 92%) было устранено к концу первых суток, независимо от основного заболевания. Предлагаемая тактика ведения больных с устойчивыми приступами фибрилляции предсердий длительностью до 24 часов после оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе позволяет при снижении экономических затрат сократить время пребывания бригады скорой медицинской помощи на вызове, повысить ее оперативную оборачиваемость.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца.

Фибрилляция предсердий (ФП) — одно из самых распространенных нарушений сердечного ритма, встречающееся в клинической практике, в том числе и в практике врача скорой медицинской помощи. Распространенность ФП, по приблизительным подсчетам, составляет 0,4% в общей популяции, с возрастом увеличивается и при наличии органической патологии сердца достигает более 6% среди лиц старше 80 лет, что свидетельствует о возрастающей роли ФП в структуре заболеваемости населения [1,2]. Число пациентов с этой формой сердечной аритмии увеличивается ежегодно кратно, что, в свою очередь, приводит как к удорожанию процесса их лечения, так и к разработке новых способов, подходов, лечебной тактики [4].

У подавляющего большинства больных с фибрилляцией предсердий основным заболеванием является артериальная гипертензия (АГ) и/или ишемическая болезнь сердца (ИБС) [10,11]. Среди больных с ФП преобладают рецидивирующие персистирующие и пароксизмальные формы [5]. На догоспитальном этапе верифицировать форму ФП часто бывает невозможно, поскольку врач скорой медицинской помощи обычно лишен возможности изучать “аритмический анамнез”, и больной не может ему в этом помочь [3]. Врач скорой помощи имеет дело с приступом ФП и в любом случае проводит его терапию.

Медикаментозные методы лечения на догоспитальном этапе остаются основными для большинства больных с ФП, но их применение сопряжено с рядом трудностей. В частности, антиаритмические препара-

ты, обладающие максимальным купирующим действием (IA и IC классов), одновременно являются более опасными в плане возникновения возможных побочных эффектов и осложнений и рекомендованы, главным образом, для госпитального этапа [5,6]. Лечебный эффект таких доступных препаратов, как новокаинамид и кордарон, довольно низок (38-40%), развивается, как правило, через несколько часов (кордарон) [8]. Применение β-блокаторов и антагонистов кальция к быстрому устранению ФП приводит редко, но хорошо замедляет частоту сокращений желудочков (ЧСЖ) [12]. Согласно стандартам МЗ и СР Российской Федерации, для лечения ФП на этапе скорой медицинской помощи применяют, как правило, кордарон, верапамил, дигоксин, новокаинамид. Электроимпульсную терапию, являющуюся самым эффективным способом устранения ФП, на этапе скорой помощи проводят только при осложненных приступах ФП (аритмический шок, кардиогенный отек легких, синдром Морганьи-Адамс-Стокса, вызванные тахикардией) [7]. Лечебные мероприятия по купированию неосложненного приступа ФП проводят при продолжительности пароксизма не более 48 часов [1]. В этой связи в условиях постоянного дефицита времени на догоспитальном этапе актуальными представляются вопросы тактики оказания неотложной помощи больным с фибрилляцией предсердий. Цель работы — провести сравнительное ретроспективное изучение результатов оказания неотложной медицинской помощи больным артериальной гипертензией и ишемической болез-

Таблица 1
Возрастно-половой состав больных ФП при
АГ и ИБС (M±m)

Группы больных	Средний возраст	Мужчин/Женщин (%)
I – АГ (n=325)	69,6±9,90	78/247 (24,0/76,0)
II – ИБС (n=337)	71,7±9,41	137/200 (40,6/59,4)

нию сердца с приступами фибрилляции предсердий и тактики их ведения на догоспитальном этапе.

Материал и методы

Эффективность оказания неотложной медицинской помощи изучали у 662 больных с приступами ФП, из них 325 больных АГ и 337 больных ИБС. Анализ проводили по картам вызова бригад скорой помощи, амбулаторным картам поликлиник, историям болезни лечебно-профилактических учреждений. Продолжительность отдельного эпизода ФП колебалась от 30 мин до 30 ч. Длительность “аритмического анамнеза” составляла от 2-3 месяцев до 27 лет. Средний возраст пациентов составил 70,7±9,71 лет (от 40 до 96 лет).

Больные в основном предъявляли жалобы на учащенное сердцебиение, слабость, боли в области сердца, головную боль. У всех, обратившихся за скорой медицинской помощью больных, отсутствовали электрокардиографические данные предвозбуждения желудочков и осложнения приступа аритмии, требовавшие немедленной электрической кардиоверсии. Группы больных оказались сопоставимы по численности, возрасту, основным клиническим и гемодинамическим показателям (за исключением уровня АД). В группе больных АГ преобладали женщины – 76% против 59,4% в группе больных ИБС (табл. 1, 2).

Для лечения приступа ФП использовали внутривенное введение кордарона в дозе 5 мг/кг, новокаинамида в дозе 0,5-1 г, верапамила 5-10 мг (в среднем 0,1 мг/кг), дигоксина 0,25 мг [8,16]. Антиаритмики

применялись на фоне предварительного введения 10 мл панангина. Действие препаратов оценивали в течение 50-70 мин (в среднем – в течение 64,1±3,2 мин). Проводили электрокардиографический контроль и регистрацию артериального давления (АД) в течение всего периода наблюдения.

Поскольку распределение вызовов на бригаду скорой медицинской помощи в силу специфики ее работы носит случайный характер, то это дает основание считать выборку случайной, а исследование – контролируемым рандомизированным. Контрольные точки исследования – 1 ч (период пребывания на вызове и наблюдения за больным), 12 ч и 24 ч. Все значения представлены в виде M±m. Среднее время купирования приступа представлено в виде “нижний квартиль – медиана – верхний квартиль” (LQ-M_c-UQ). Статистическая обработка результатов проведена с использованием критерия Крамера-Уэлча, двустороннего точного критерия Фишера. За статистически достоверные критерии в данном исследовании приняты 95%-й доверительный интервал и p=0,05. Статистический анализ осуществлялся с помощью программ MegaStat 9.1 for Excel (MegaStat © by J. V. Orris of Butler University, Indianapolis, IN.), PedStat 1.0.0 by Aleksandr Y.Lipovtsev, табличного процессора Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение

За период пребывания на вызове и наблюдения за больным (табл. 2) синусовый ритм был восстановлен после оказания медицинской помощи у 81 (24,9%) пациента в группе больных АГ (I группа) и у 87 (25,8%) в группе больных ИБС (II группа). В обеих группах наблюдалось отчетливое улучшение клинических показателей (табл. 1). Всем больным с некупированным приступом ФП была предложена госпитализация. Госпитализировано 288 больных, у остальных взята подпись об отказе от госпитализации, и они были переданы в поликлиники для активного посещения участковым врачом.

Таблица 2
Клинические показатели больных и влияние оказания медицинской помощи при ФП на частоту сокращения
желудочков, уровень АД и частоту дыхания в группах больных с АГ и ИБС (M±m)

Исследуемый показатель		I группа (АГ)	II группа (ИБС)	Kramer–Welch test p _{1,2}
ЧСЖ, мин ⁻¹	исходная	136,1±28,33	129,0±28,58	p>0,05
	конечная	91,1±18,13	91,2±19,42	p>0,05
Kramer–Welch test p _{1,2}		p<0,05	p<0,05	
АД _с	исходное	170,5±25,16	136,1±19,40	p<0,05
	конечное	142,2±15,44	130,4±13,51	p<0,05
Kramer–Welch test p _{1,2}		p<0,05	p<0,05	
АД _д	исходное	99,4±12,78	84,5±10,49	p<0,05
	конечное	84,8±7,56	80,5±7,10	p<0,05
Kramer–Welch test p _{1,2}		p<0,05	p<0,05	
ЧД	исходная	17,7±2,81	17,3±2,66	p>0,05
	конечная	15,8±1,81	15,9±1,87	p>0,05
Kramer–Welch test p _{1,2}		p<0,05	p<0,05	

Таблица 3

Время купирования приступа при впервые выявленной (I группа) и персистирующей ФП (II группа)

Ритм восстановлен	До 1 часа	К 12 часам	К 24 часам	Ритм не восстановлен	Среднее время
Группы					
I – АГ (=325)	81	252	302	16	1,0-5,0-10,0
%	24,9	77,5	92,9	4,9	
II – ИБС (=337)	87	252	319	20	1,0-7,0-11,0
%	25,8	74,7	91,9	5,9	
Fisher extract $p_{1,2}$	0,8630	0,7678	0,9552	0,6118	
Kramer-Welch test $p_{1,2}$					>0,05

Среднее время (M_e час.) купирования приступа ФП в I группе (АГ) составило 5,0 час с интерквартильным размахом (RQ) от 1,0 до 10,0 час; во II группе (ИБС) – 7,0 час с RQ от 1,0 до 11,0 час ($p > 0,05$). Несмотря на различную нозологическую принадлежность ФП в сравниваемых выборках, по времени купирования к 1-му, 12-му, 24-му часу от начала оказания помощи характеристики выборок совпадают с уровнем значимости 0,05 – ритм был восстановлен в 92,9% случаев среди больных АГ (I группа) и в 91,9% случаев среди больных ИБС (II группа). Таким образом, различия в группах больных по времени купирования приступа по исследуемым временным интервалам оказались статистически незначимыми (табл. 3, рис. 1). Такие результаты обусловлены, скорее всего, не только проведенной антиаритмической терапией, но и тем, что спонтанная конверсия пароксизма достигает 66% у пациентов в течение 24 ч после появления аритмии, и только у 17% аритмия может сохраняться более длительный срок [4].

Учитывая вышеизложенное, следует отметить, что принятая в настоящее время тактика госпитализации больных с неустраненным на догоспитальном этапе приступом ФП длительностью до суток представляется нам не совсем правильной. Она ведет к росту числа необоснованных госпитализаций и нерациональному использованию госпитальных ресурсов, к увеличению времени обслуживания вызова бригадой скорой помощи и снижению оборачиваемости бригад, а, следовательно, к увеличению времени ожидания обслуживания, количества опозданий и неоправ-

данным экономическим затратам. Кроме того, при фибрилляции предсердий снижение частоты сердечных сокращений и восстановление синусового ритма в одинаковой степени улучшают состояние больных. У большинства больных контроль ЧСЖ предпочтительнее, нежели контроль сердечного ритма, который не приводит к лучшим исходам, а у ряда пациентов даже ухудшает прогноз [9].

Наиболее оправданной, на наш взгляд, представляется следующая тактика оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе больным с неосложненными приступами ФП длительностью до 24 ч: больным без признаков шока, острого коронарного синдрома, отека легких проводят антиаритмическую терапию, направленную на снижение ЧСЖ и возможное прекращение приступа; при сохраняющейся фибрилляции предсердий пациентов оставляют дома и передают в поликлинику для активного наблюдения участковым врачом. На первичном вызове госпитализации подлежат больные с осложненным приступом ФП (острая коронарная или левожелудочковая недостаточность, коллапс, синкопальные состояния, частые или трудно купируемые пароксизмы ФП, рефрактерные к антиаритмической терапии и т. п.), с недостаточным после проведенной терапии снижением частоты сокращений желудочков, с впервые зарегистрированной ФП, с осложнениями антиаритмической терапии и длительностью приступа более 24 часов [7].

Учитывая склонность ФП к спонтанному восстановлению ритма более чем у половины больных [1,6], основной задачей проводимой антиаритмической терапии на догоспитальном этапе следует считать не устранение приступа аритмии, а снижение частоты сокращений желудочков сердца как при пароксизмальной, так и при персистирующей формам ФП [2,12].

Выводы

1. Проводимая на догоспитальном этапе антиаритмическая терапия по лечению приступов фибрилляции предсердий малоэффективна в течение первых 12 часов наблюдения у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией.

2. Независимо от основного заболевания, подавляющее число случаев фибрилляции предсердий

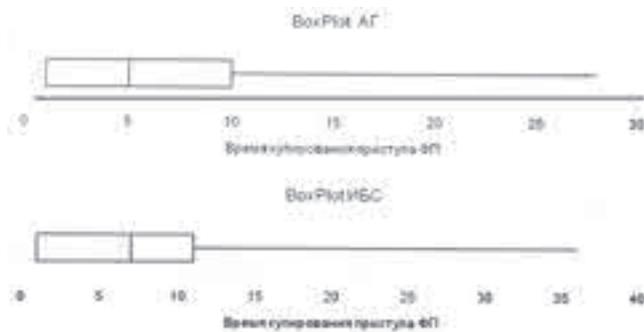


Рис. 1. Диаграммы размаха времени купирования приступа ФП у больных АГ и ИБС.

у больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией купируется к концу первых суток от начала лечения.

3. Тактика оказания медицинской помощи при фибрилляции предсердий длительностью до 24 часов на догоспитальном этапе у всех больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца с неосложненными приступами должна

быть направлена, в первую очередь, на нормализацию частоты сокращения желудочков.

4. Несостоятельна тактика обязательной госпитализации больных с некупированным, в результате лечения на догоспитальном этапе, неосложненным приступом фибрилляции предсердий длительностью до 24 часов, при первичном вызове скорой медицинской помощи.

Литература

1. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Национальные клинические рекомендации ВНОК. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Приложение 1. — 2005. — № 4.
2. Мазур Н.А., Овчаренко С.И., Литвинова И.В. Фибрилляция предсердий // Клиническая фармакология. — 2003. — Т.12, № 3. — С. 32-35.
3. Недоступ А. В. Мерцательная аритмия: современные аспекты стратегии и тактики лечения // РМЖ. — 2001. — Т.9, №12. — С. 504-509.
4. Попов С.В., Баталов Р.Е., Антонченко И.В. Современные аспекты лечения фибрилляции предсердий // Болезни сердца и сосудов. — 2009. — №1. — С. 30-34.
5. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А., Андрейченко Т.А. и др. Фибрилляция предсердий: фармакологическая кардиоверсия // Consilium medicum. — 2004. — Т.5, № 5. — С. 283-288.
6. Прохорович Е.А., Талибов О.Б., Тополянский А.В. Лечение нарушений ритма и проводимости на догоспитальном этапе // Лечащий врач. — 2002. — № 3. — С. 56-60.
7. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в Российской Федерации/Под ред. А.Г. Мирошниченко, В.В. Руксина (2-е изд., перераб. и доп.).— СПб.: Невский Диалект — БХВ-Петербург, 2006. — С. 31-36.
8. Chevalier P., Durand-Dubief A., Burri H. et al. Amiodarone versus placebo and class Ic drugs for cardioversion of recent-onset atrial fibrillation: a meta-analysis // J. Am. Coll. Cardiol. — 2003. Vol. 41, N 2. — P. 255-262.
9. Darbar D., Motala A.A., Ritchie M.D. et al. Polymorphisms modulates symptomatic response to antiarrhythmic drug therapy in patients with lone atrial fibrillation // Heart. Rhythm. — 2007. — Vol. 4, N 6. — P. 743-749.
10. Fuster V., Ryden L.E., Asinger R.W. et al. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation: a report of the American College of Cardiology // Eur. Heart J. — 2001. — Vol. 22. — P. 1852-1923.
11. Maisel W.H. Autonomic modulation preceding the onset of atrial fibrillation // J. Am. Coll. Cardiol. — 2003. — Vol. 42. — P. 1269-1270.
12. Nasr I.A., Bouzamondo A., Hulot J.S. et al. Prevention of atrial fibrillation onset by beta-blocker treatment in heart failure: a meta-analysis // Eur. Heart. J. — 2007. — Vol. 28, N 4. — P. 457-462.

Abstract

The effectiveness of urgent medical care was retrospectively compared in 662 patients with atrial fibrillation (AF) paroxysms, arterial hypertension, and coronary heart disease; in addition, pre-hospital treatment tactics was evaluated. Pre-hospital AF treatment was minimally effective in the first hour of the follow-up. The majority of the AF paroxysms (>92%) were resolved within the first 24 hours, regardless of the main pathology. The authors propose the pre-hospital treatment tactics for patients with persistent AF paroxysms lasting up to 24 hours. This tactics gives an opportunity to reduce costs and the time spent on urgent medical care visits, therefore, increasing the capacity of urgent medical care service.

Key words: Atrial fibrillation, pre-hospital urgent medical care, arterial hypertension, coronary heart disease.

Поступила 07/12-2009

© Коллектив авторов, 2009

E-mail: prof_dolgih@mail.ru

Тел.: (3821) 23-03-78

[Долгих В.Т. (*контактное лицо) — академик Российской академии медико-технических наук, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой патофизиологии с курсом клинической патофизиологии, Епифанов В.Г. — к.м.н., старший врач].