

Л.І. Божко, А.В. Вершигора, В.А. Несукай, Київська міська станція швидкої медичної допомоги;
М.Н. Долженко, д.м.н., професор, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Невідкладна кардіологія: аналіз звернень пацієнтів з порушеннями ритму серця до станції швидкої медичної допомоги (на прикладі м. Києва)



В.А. Несукай

Відомо, що майже в кожній людині протягом життя виникають порушення ритму серця. У більшості випадків це порушення ритму, які не загрожують життю і здоров'ю. Нерідко пацієнти їх не відчують. Разом з тим і більш загрозливі порушення ритму серця, які обмежують працездатність і звичний спосіб життя, людина може не відчувати. Проте пацієнти, відчуваючи дискомфорт і перебої ритму серця, не завжди звертаються за медичною допомогою. Ось чому кількість випадків виявлення гострих порушень ритму серця значно менша за їх розповсюдженість.

Крім того, існують різні методичні підходи до виявлення цієї патології. Якщо в умовах кардіологічного відділення у разі застосування протягом доби холтеровського моніторингу порушення ритму серця можна виявити у 77-85% пацієнтів [4, 5], то в амбулаторних умовах під час 10-15-хвилинного спілкування пацієнта з лікарем цей відсоток буде незначним. Велику роль відіграють також затверджені в тій чи іншій країні статистичні показники звітності, які можуть як сприяти виявленню різних порушень ритму серця, так і маскувати їх за іншими діагнозами.

Чільне місце серед порушень ритму серця посідає фібриляція передсердь (ФП). Її розповсюдженість у популяції, за даними різних досліджень, становить 1-3% і збільшується з віком. Так, дослідження у США, проведені 1995 року, свідчать, що зростає кількість пацієнтів із ФП віком 30-70 років і досягає максимуму у віці 70-75 років [1]. Водночас дослідження, проведене в Каліфорнії 1996-1997 року, виявило, що розповсюдженість ФП у громадян віком понад 20 років становить 0,95% [3]. У Європі на 513 млн населення припадає 8,2 млн хворих із ФП [2]. Результати епідеміологічного обстеження, проведеного співробітниками ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України серед міського населення, дали змогу вивести стандартизований показник поширеності ФП серед населення м. Києва, який становить 2,1% серед жінок і 2,7% серед чоловіків [8].

Однак в Україні пацієнтів з ішемічною хворобою серця і персистуючою формою ФП можна віднести як до групи ішемічної хвороби серця, так і до групи порушень ритму серця. Ось чому, за офіційними статистичними даними МОЗ України, показник «ураження населення пароксизмальною тахікардією та миготливою аритмією» коливається від 8,7 на 100 тис. населення в Луганській області до 531,2 на 100 тис. населення в Закарпатській, у Чернівецькій області цю патологію не реєструють [7].

Разом з тим гострі порушення ритму серця нерідко призводять до значного погіршення самопочуття, тимчасової непрацездатності, змушують пацієнтів звертатися до станції та відділення швидкої й невідкладної медичної допомоги, а в деяких випадках загрожують життю.

Матеріал і методи

З метою виявлення особливостей звернення пацієнтів з порушеннями ритму серця за медичною допомогою ми проаналізували карти виїзду Київської міської станції швидкої медичної допомоги (КМСШМД) за січень 2012 року для

порівняння з викликами з приводу гострого порушення ритму серця за січень 2011 року. Інтервал в один рік вибрано у зв'язку з тим, що термін зберігання карт виїздів, регламентований наказом МОЗ України від 17.11.2010 № 999 «Про затвердження форм звітності та медичної облікової документації служб швидкої та невідкладної медичної допомоги України», становить один рік. Оцінювали скарги пацієнтів (наявність запаморочення і відчуття серцебиття), вид порушення ритму серця (враховували порушення ритму, які вимагали невідкладної допомоги), артеріальний тиск (АТ),

Місяць	Пароксизм ФП/ТП	Пароксизм СВТ	Разом
Січень 2012 р.	734	149	883
	83,13%	16,87%	100%
Січень 2011 р.	760	142	902
	84,26%	15,74%	100%
Разом	1494	291	1785
	83,70%	16,30%	100%

систолічний (САТ) і діастолічний (ДАТ) артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень.

Аналіз проводили за допомогою електронних таблиць Excell 2007 з модулем статистичного аналізу.

Результати й обговорення

У січні 2012 року бригади станції виїжджали на 37 070 викликів. Діагноз порушення ритму серця за цей період зареєстровано у 1165 картах виїзду, що становить 3,1% від усіх викликів. З подальшого аналізу вилучено пацієнтів з постійною формою ФП (130 випадків), синусовими тахі- і брадикардіями (42 випадки), атріовентрикулярними блокадами різного ступеня (11 випадків) і порушеннями ритму серця, які пройшли до прибуття бригад швидкої медичної допомоги (31 випадок). Також з подальшого аналізу вилучено екстрасистолічну аритмію (55 випадків) у зв'язку з тим, що медичний персонал бригад швидкої медичної допомоги (як лікарі, так і фельдшери) виставляє попередній діагноз і тому не деталізує вид екстрасистолії (топіка, клас за Лауном). Не проводили подальшого аналізу гострих порушень ритму серця «без пульсу» (4 випадки шлуночкової тахікардії та фібриляції шлуночків) через сумнівність диференційної діагностики цих станів на моніторі дефібрилятора медичним персоналом бригад швидкої медичної допомоги (дефібриляцію

проводили без додаткової попередньої реєстрації ЕКГ у 12 загальноприйнятих відведеннях).

Таким чином, для подальшого аналізу залишено пароксизми фібриляції/тріпотіння передсердь (ФП/ТП), пароксизми суправентрикулярної тахікардії (СВТ). Для порівняння проаналізовано аналогічні показники за січень 2011 року (табл.).

Як видно з таблиці, співвідношення пацієнтів з гострими порушеннями ритму серця залишається стабільним.

На виклики з приводу гострого порушення ритму серця виїжджали в першу

чергу спеціалізовані кардіологічно-реанімаційні та лікарські бригади, а за відсутності зазначених вільних бригад під час надходження виклику – фельдшерські бригади.

Вік і стать пацієнтів із ФП/ТП представлено на рисунках 1, 2.

Як видно з наведених даних, максимум звернень пацієнтів з ФП/ТП припадає на вік 70-79 років, що узгоджується з даними досліджень розповсюдженості ФП у популяції (рис. 3). Різке зменшення кількості звернень пацієнтів після 79 років з ФП/ТП до КМСШМД може бути пов'язане з меншою тривалістю життя.

Під час звернення до КМСШМД за медичною допомогою перебоїв в роботі серця відмічали 1030 пацієнтів з ФП/ТП, що становить 53,40% від усіх пацієнтів з пароксизмами ФП/ТП, на серцебиття скаржилися 854 (44,27%) пацієнти. Можна було очікувати, що на серцебиття будуть скаржитися пацієнти з більшою частотою скорочень шлуночків. Проте аналіз засвідчив, що частота пульсу хоч і достовірно відрізнялася, але різниця була незначною. Ця величина коливалася від 42 до 175, середня – 114,9±0,7 серед пацієнтів з пароксизмами ФП/ТП, і від 60 до 158, середня – 118,8±0,8 серед пацієнтів зі скаргами на серцебиття (p<0,05). Можливо, частина пацієнтів сприймали перебої як серцебиття.

Деякі пацієнти під час виникнення пароксизму ФП/ТП відмічали запаморочення. При цьому не виявлено залежності цієї скарги від віку, частоти пульсу й

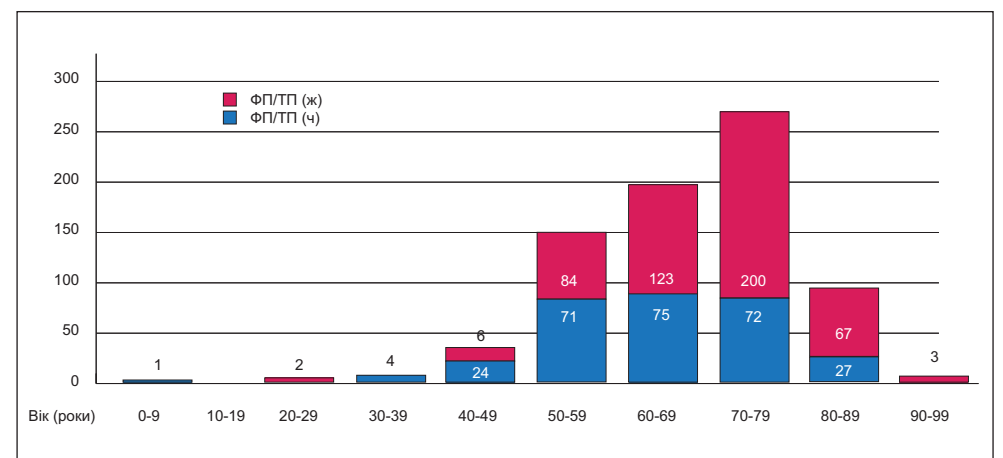


Рис. 1. Кількість звернень пацієнтів з пароксизмами ФП/ТП до КМСШМД у січні 2011 р. залежно від віку і статі

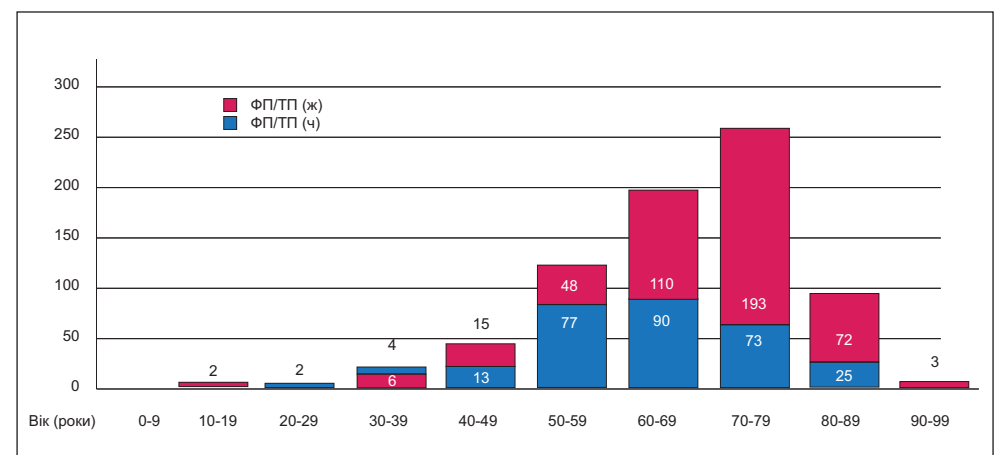


Рис. 2. Кількість звернень пацієнтів з пароксизмами ФП/ТП до КМСШМД у січні 2012 р. залежно від віку і статі

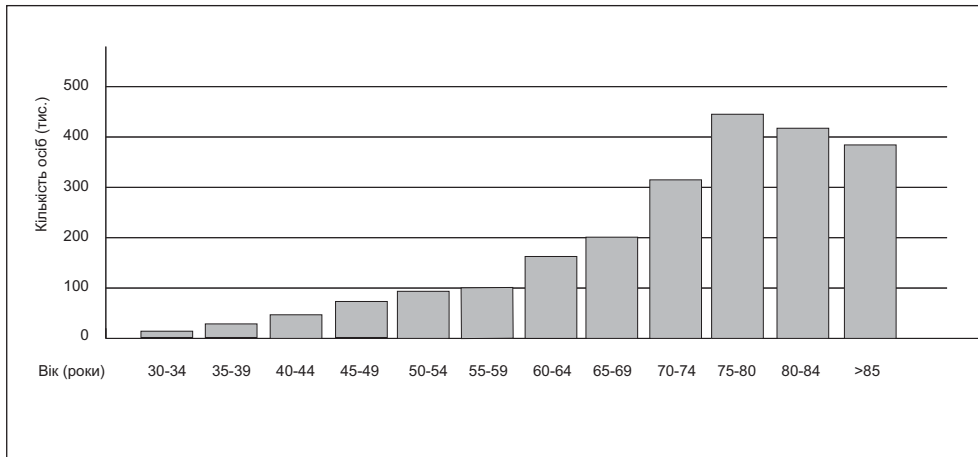


Рис. 3. Поширеність ФП у США

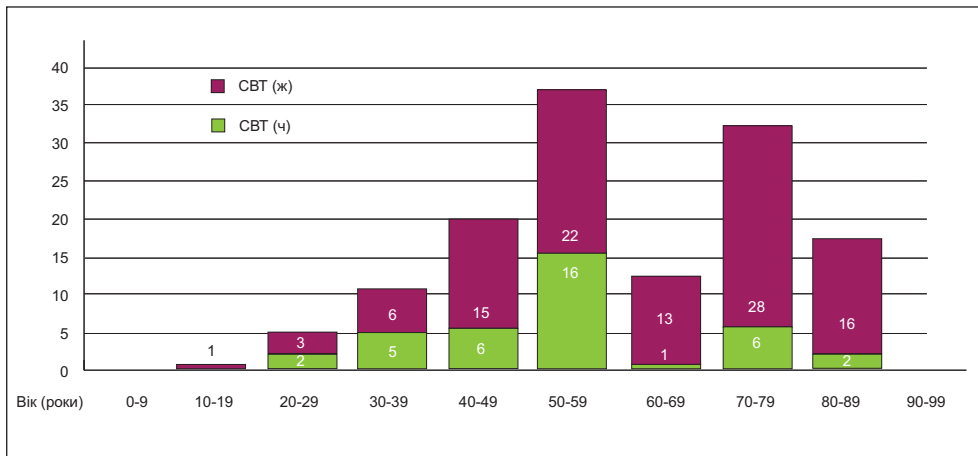


Рис. 4. Кількість звернень пацієнтів з пароксизмами СВТ до КМСШМД у січні 2011 р. залежно від віку і статі

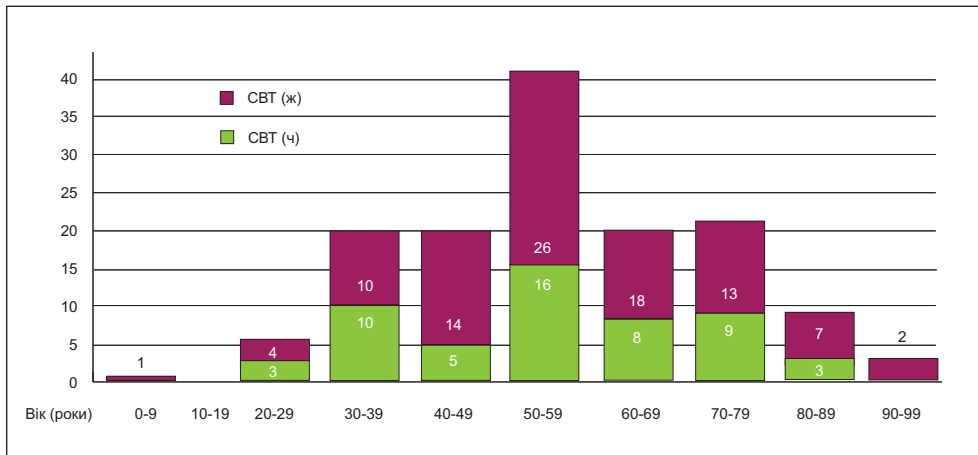


Рис. 5. Кількість звернень пацієнтів з пароксизмами СВТ до КМСШМД у січні 2012 р. залежно від віку і статі

АТ. Напевно, на відчуття запаморочення впливає фракція викиду, особливості суб'єктивних відчуттів під час виникнення пароксизму ФП/ТП. Проте ці дані не відображено в карті виїзду швидкої медичної допомоги.

Максимум звернень з приводу пароксизмів СВТ припадає на вік 50-59 років. Подальше зменшення кількості звернень може бути пов'язане як зі зменшенням тривалості життя, так і з хірургічною корекцією цього порушення ритму. Імовірно, що саме пацієнти передпенсійного віку погоджуються на оперативне втручання у зв'язку з погіршенням загального стану під час виникнення пароксизмів СВТ. Однак це потребує подальшого вивчення. Вік і стать пацієнтів з пароксизмами СВТ відображено на діаграмах (рис. 4, 5).

Висновки

1. Розподіл викликів із приводу гострого порушення ритму серця за нозологічними одиницями у січні 2011 та січні 2012 років залишається порівняно стабільним.

2. Більшість викликів бригад швидкої медичної допомоги КМСШМД з приводу гострого порушення ритму серця пов'язані з пароксизмами ФП/ТП.

3. Найчастіше з приводу пароксизмів ФП/ТП до КМСШМД звертаються пацієнти віком 70-79 років.

4. Вікова градація пацієнтів з пароксизмами ФП/ТП, які звернулися за допомогою до КМСШМД, співпадає з поширеністю цієї патології у вікових групах.

5. Не виявлено чіткої залежності скарг пацієнтів з показниками гемодинаміки під час пароксизму ФП/ТП.

6. Найчастіше з приводу пароксизмів СВТ до КМСШМД звертаються пацієнти віком 50-59 років.

Література

1. Arch Intern Med, 1995; 155: 469-73 (19).
2. Bernard J.G., Teresa S.M., Marion E.B. et al. The changing epidemiology of non-valvular atrial fibrillation: the role of novel risk factors // Eur. Heart J. – 2005. – Vol. 7 (Suppl. C). – P. 5-11.
3. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11343485>
4. Батрова Ю.В. Клинико-организационные аспекты нарушений ритма сердца на госпитальном этапе оказания медицинской помощи. Автореферат к.м.н., Смоленск, 2009, <http://www.disscat.com/content/kliniko-organizatsionnye-aspekty-narushenii-ritma-serdtsa-na-gospitalnom-etape-okazaniya-med>
5. Мазур Н.А., Островская Т.П., Кокурина Е.В., Сумароков А.Б., Докучаева Е.А., Смирнова Т.М., Иванова Л.А., Назаренко В.А., Илюшина И.П., Выгодин В.А., Большакова Е.А., Китаева И.Т. Распространенность нарушений ритма сердца среди выборочной популяции. Отдел клинической фармакологии Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР, Москва // ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ. Материалы 2-го советско-американского симпозиума, 1979. Индианаполис, США. Под ред. А.М. Вихерта (СССР) и Б. Лауна (США), <http://bibliotekar.ru/440/2.htm>
6. Сичов О.С., Горбась І.М., Срібна О.В. Епідеміологічна оцінка поширеності різних форм фібриляції/тріпотіння передсердь та факторів їх виникнення в неорганізованій міській популяції // Кровообіг та гемостаз. – 2005. – № 3-4. – С. 97-103.
7. Сичов О.С., Романова О.М. – Фібриляція передсердь: стан проблеми в Україні та за кордоном. // Український кардіологічний журнал. – 2007 – № 5.
8. Срібна О.В. Епідеміологічний аналіз поширеності фібриляції передсердь у міській неорганізованій популяції // Здоров'я України. – № 130, листопад 2005.