

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00056&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00056. Симптоми аритмії та обстеження пацієнта з аритмією

Автор: Pekka Raatikainen
Редактор оригінального тексту: Anna Kattainen
Дата останнього оновлення: 2017-03-07

Основні положення

- Історія захворювання пацієнта, дані клінічного обстеження та ЕКГ в стані спокою є основою для діагностики та лікування аритмій.
 - Більшість тяжких серцево-судинних захворювань можна виключити після детального вивчення анамнезу та ретельної клінічного огляду.
 - Для виявлення рідкісних, спадкових тяжких аритмій необхідно вести облік сімейного анамнезу пацієнта.
 - ЕКГ спокою часто дає цінні діагностичні підказки щодо етіології симптому.
- Якщо загалом пацієнт має здорове серце, його/її функціональна здатність у нормі, аритмія не викликає гемодинамічних проблем (синкопе) і відсутня сімейна історія раптової смерті або тяжких аритмій, аритмія практично без винятку є доброякісною.
- Загрозливими для життя аритміями слід вважати ті, які спричиняють серйозні гемодинамічні порушення (синкопе або пресинкопе) або якщо пов'язані з тяжким захворюванням серця. Дослідження таких аритмій потребують кардіологічної експертизи і часто великого обсягу обстежень.

- Необхідно визначати різницю між аритміями передсердного і шлуночкового походження, оскільки це впливає як на прогноз, так і на вибір варіантів лікування. Тахікардію з широкими комплексами QRS слід завжди розглядати як шлуночкову, допоки не буде доведено інше.
- За винятком фібриляції передсердь, лікування безсимптомної аритмії рідко є необхідним (навіть безсимптомна фібриляція передсердь підвищує ризик розвитку тромбоемболії та є показанням для антикоагулянтної терапії).

Симптоми, спричинені аритміями

Порушення свідомості

- Порушення свідомості (синкопе ГНАСТАНОВА
00055 | Синкопе: етіологія та об...]) викликане аритмією, завжди є ознакою серйозної проблеми. Воно повинне бути диференційоване з вазовагальним колапсом та іншими доброякісними причинами порушення свідомості.
 - В обох випадках пацієнт відмічає затемнення перед очима, втрату м'язової сили і пацієнт падає, втім "звичайна непритомність" спричиняється вазовагальною реакцією, що часто асоціюється зі стресовими ситуаціями (наприклад, з взяттям аналізу крові). Анамнез пацієнта також цілком достовірно допомагає ідентифікувати колапси, пов'язані із вазовагальними подразниками (блювота, кашель, випорожнення).
 - Диференційний діагноз, так званого, "нітрогліцеринового колапсу" спричиненого синкопе, що викликане аритмією, проводиться досить легко під час ретельного збору анамнезу захворювання пацієнта.
 - Після епілептичного нападу пацієнт часто сонний і втомлений, тоді як після серцевого колапсу пацієнт, зазвичай, жвавий. Диференційний діагноз ускладнюється тим фактом, що саме тривале серцеве синкопе може часто супроводжуватися судомними нападами.

Відчуття серцебиття

- Серцебиття - найбільш поширений симптом спричинений аритмією.
- Діапазон відчуттів серцебиття широкий, симптоми можуть відрізнятися від одного "перебою" до нестерпної пульсації серця.

- Ретельна оцінка характеру відчуттів пацієнта (див. нижче історія захворювання та клінічне обстеження) часто може визначити досить специфічний діагноз аритмії.

Інші симптоми

- Аритмії можуть викликати слабкість, задишку, біль у грудях та багато інших неспецифічних симптомів, які часто асоціюються з основними захворюваннями пацієнта.

Оцінка симптомів

- Шкала EHRA рекомендована для оцінки тяжкості симптомів при фібриляції передсердь (табл. [табл. T1]).

Таблиця T1. Шкала EHRA для класифікації ФП-залежних симптомів



EHRA клас	Критерії
EHRA 1	Немає симптомів
EHRA 2	Симптоми виражені слабо; нормальна повсякденна діяльність не порушена
EHRA 3	Тяжкі симптоми; нормальна повсякденна діяльність порушена
EHRA 4	Симптоми непрацездатності; нормальна повсякденна діяльність припиняється

- Інші види аритмії можна класифікувати, наприклад, за впливом на гемодинаміку або на якість життя пацієнта.

Історія захворювання [доказ 05003 | B]

Історія та особливості нападів

- Коли почалась аритмія?
 - Нерегулярне серцебиття, що турбує з дитинства, свідчить про суправентрикулярну аритмію.
 - Аритмії, що почалися після інфаркту міокарда, ймовірно, шлуночкові.
- Частота та тривалість атак
- Різновиди початку та припинення
 - Суправентрикулярна тахікардія починається і зупиняється раптово.
 - Синусова тахікардія починається і зупиняється поступово.

- Вагусная стимуляція зупиняє суправентрикулярну тахікардію, але має незначний вплив на синусову тахікардію, фібриляцію передсердь або шлуночкову тахікардію.
- Частота пульсу і характер ритму при аритмії
 - Екстрасистолії: одиничні "перебої" або "пропуски" ударів
 - Суправентрикулярна тахікардія: рівна, швидка пульсація (рисунок )
 - Фібриляція передсердь: ритм повністю нерегулярний (рисунок )
 - Навчіть пацієнта знаходити свій пульс (наприклад, на сонній артерії) і рахувати частоту пульсу під час аритмії.
- Вплив аритмії на гемодинаміку пацієнта (синкопе)
- Вплив симптомів на працездатність пацієнта та якість життя
 - Шкала EHRA при фібриляції передсердь
- Провокаційні фактори: кава, порушення сну, напруження, стрес тощо.

Первинні захворювання

- Аритмії, які викликають відчуття серцебиття, у людей із здоровим серцем, як правило, мають доброякісний прогноз і рідко потребують лікування.
- При серцево-судинних захворюваннях (наприклад, у пацієнтів з інфарктом міокарда) аритмії можуть мати несприятливий прогностичний характер. Таких пацієнтів завжди слід скерувати на подальші кардіологічні дослідження та лікування.
- Інші патологічні стани, які мають значний вплив на обстеження та лікування пацієнта з аритмією, включають в себе, зокрема, розлади щитоподібної залози, печінки та нирок.

Фармакологічні та інші види лікування

- Перевірте, чи застосовується певний лікарський засіб для лікування серцевих та інших патологічних станів, що зумовлюють аритмію, у відповідності до клінічних настанов та скеруйте пацієнта, якщо це показано, на інвазивні дослідження та лікування.
- Перевірте, чи може фармакотерапія (або інше лікування) основного захворювання вплинути на перебіг аритмії.

- Бета-блокатори, блокатори кальцієвих каналів та дигоксин часто спричиняють брадикардію.
- Симпатоміметичні лікарські засоби та деякі психоактивні речовини можуть спричинити (синусову) тахікардію.
- Лікарські засоби, що продовжують QT-інтервал, схильні до шлуночкової тахікардії torsades de pointes.
- Шкідливі фармакологічні взаємодії
- Тахікардія та тріпотіння лівого передсердя іноді виникає після абляційної терапії при фібриляції передсердь.
- З'ясуйте ефективність та можливі побічні ефекти поточного та попереднього антиаритмічного лікування.

Сімейний анамнез

- Серйозна шлуночкова аритмія або раптова смерть у родичів першої лінії мають збільшувати підозру щодо спадкового характеру аритмії.
- Близькі родичі пацієнтів із фібриляцією передсердь мають в 2–3 рази вищий ризик виникнення фібриляції передсердь. Схильність до суправентрикулярної тахікардії, також може бути генетично обумовленою.

Клінічне обстеження

Базове обстеження

- Клінічне обстеження
 - Аускультация серця та сонних артерій (шумів)
 - Аускультация легень (наприклад, хрипи, що свідчать про серцеву недостатність)
 - Артеріальний тиск
 - 12-канальна електрокардіографія
 - Частота серцевих скорочень, передсердно-шлуночкова провідність (інтервал PQ), дефекти внутрішньошлуночкової провідності (блокада гілок пучка Гіса або фасціальний блок), гіпертрофія, патологічні Q-зубці, порушення реполяризації (QT-інтервал), дельта-хвиля
- Лабораторні обстеження

- Загальний аналіз крові, натрій плазми, калій, креатинін та глюкоза крові натще
- Тиреотропний гормон (ТТГ), принаймні, у пацієнтів із фібриляцією передсердь і тахіаритміями
- Інші обстеження, базуючись на клінічному стані пацієнта
- Рентгенографія грудної клітки, якщо анамнез пацієнта або клінічне обстеження свідчать про серцево-судинне або легеневе захворювання.

Подальші обстеження

- Необхідність проведення додаткових обстежень повинна завжди розглядатися індивідуально, оскільки в більшості випадків достатньо базових досліджень.
- Ехокардіографія [настанова 00054] [Ехокардіографія як метод...] у пацієнта (або близького родича), якщо встановлено діагноз:
 - інфаркт міокарда
 - кардіоміопатія
 - зниження функціональної спроможності
 - підозрілий шум
 - ознаки гіпертрофії лівого шлуночка на ЕКГ
 - винятково велика серцева тінь при рентгенографії грудної клітки.
- Клінічний тест з фізичним навантаженням [настанова 00085] [Проби з дозованим фізичн...], якщо
 - є відчуття аритмії під час напруження
 - функціональна активність пацієнта зменшується
 - симптоми хворого можуть свідчити про ішемічну хворобу серця.
- 24-годинне амбулаторне монітування ЕКГ (за Холтером [настанова 00051] [Амбулаторне монітуванн...]) якщо у пацієнта часто виникає відчуття аритмії або інші напади, що спричиняють непрацездатність
- ЕКГ-подія (пацієнт починає запис ЕКГ під час симптомів) часто є більш вдалим варіантом, ніж звичайний холтерівський запис, під час дослідження відчуттів серцебиття, які трапляються рідше.

- Імплантований монітор ЕКГ є хорошим методом для обстеження серйозного гострого порушення свідомості (синкопе), що рідко зустрічається.
- На розсуд кардіолога призначається: серцева або коронарна ангіографія, електрофізіологічне обстеження, магнітно-резонансна томографія або інші обстеження

Пов'язані ресурси

- Література [пов'язані 000548] [Symptoms of arrhythmia a...]

Джерела інформації

R1. Raviele A, Giada F, Bergfeldt L et al. Management of patients with palpitations: a position paper from the European Heart Rhythm Association. *Europace* 2011;13(7):920-34.

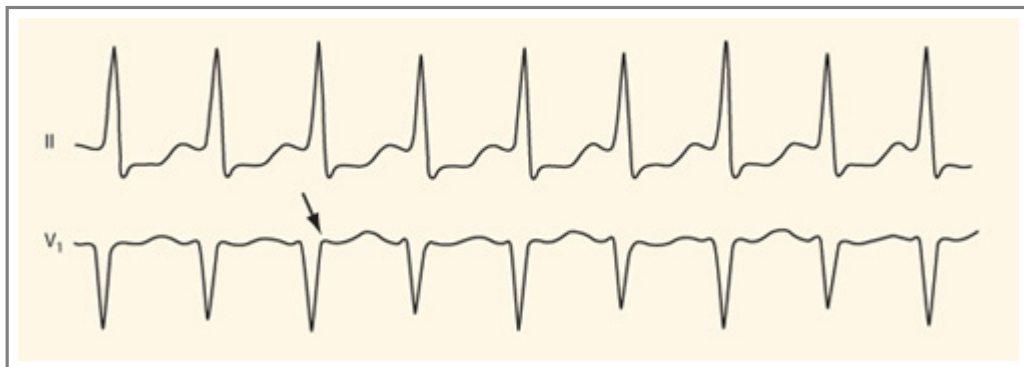
[PubMedID|21697315]

Настанови

- [Настанова 00055](#). Синкопе: етіологія та обстеження.
- [Настанова 00054](#). Ехокардіографія як метод діагностики амбулаторних пацієнтів.
- [Настанова 00985](#). Проби з дозованим фізичним навантаженням.
- [Настанова 00051](#). Амбулаторне моніторування ЕКГ.

Зображення

- [Зображення 01263](#). Supraventricular tachycardia.



Автори та власники авторських прав: Pekka Raatikainen Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 00856](#). Atrial fibrillation.



Автори та власники авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05003](#). Screening for atrial fibrillation.
Дата оновлення: 2013-06-14
Рівень доказовості: B
Резюме: Systematic or opportunistic active screening for atrial fibrillation appears to detect additional cases over current practice.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00056 Ключ сортування: 004.030 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-07

Автор(и): Pekka Raatikainen Автор(и) попередніх версій статті: Matti Halinen Редактор(и): Anna Kattainen
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Internal medicine Cardiology Neurology

Ключові слова індексу

mesh: Arrhythmia mesh: Ventricular Fibrillation mesh: Atrial Flutter mesh: Atrial Premature Complexes
mesh: Ventricular Premature Complexes mesh: Tachycardia, Ventricular mesh: Cardiac Complexes, Premature
mesh: supraventricular arrhythmia mesh: Atrial Fibrillation mesh: Heart Rate mesh: Tachycardia, Supraventricular
mesh: Tachycardia mesh: Tachycardia, Sinus mesh: Syncope mesh: Heart Arrest mesh: Syncope, Vasovagal
mesh: Consciousness Disorders speciality: Cardiology speciality: Internal medicine icpc-2: K04 icpc-2: K05 icpc-2: K78
icpc-2: K79 icpc-2: K80 speciality: Neurology