

Przyczyny kierowania dzieci na konsultacje kardiologiczne w trybie dyżurowym – analiza materiału własnego

The reasons for cardiologic consultations during duty – analysis of own material

Katedra i Klinika Kardiologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Kierownik: dr hab. n. med. Lesław Szydłowski, prof. SUM

Adres do korespondencji: Katedra i Klinika Kardiologii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka

Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Medyków 16, 40-752 Katowice, tel.: 32 207 18 55, faks: 32 207 18 54

Praca finansowana ze środków własnych

Streszczenie

Cel pracy: Analiza przyczyn skierowań dzieci na konsultacje kardiologiczne w trybie dyżurowym. **Materiał i metody:** Badaniem objęto 432 dzieci (226 dziewcząt i 206 chłopców, średnia wieku 9,8 roku), które w okresie 2009-2010 zostały skierowane z oddziału ratunkowego na konsultację kardiologiczną. Przeprowadzono podstawowe badania układu krążenia: badanie fizykalne, elektrokardiograficzne, echokardiograficzne, a u niektórych dodatkowo pobrano krew w celu przeprowadzenia badań laboratoryjnych oraz wykonano badanie radiologiczne klatki piersiowej. Dokonano analizy w kategorii wiekowej (niemowlęta, dzieci młodsze, dzieci starsze) oraz w kategorii objawów, które były powodem skierowań (omdlenia, zasłabnięcia, ból w klatce piersiowej, objawy wady serca, arytmia, nadciśnienie tętnicze). **Wyniki:** Spośród analizowanych 432 pacjentów w poszczególnych grupach wiekowych było odpowiednio: 79 niemowląt (18%), 96 dzieci młodszych (22%) oraz 257 dzieci starszych (60%). W kategorii objawów najczęstszą przyczyną skierowań dzieci starszych były omdlenia, które stwierdzono u 126 pacjentów (30% wszystkich skierowanych na konsultację), a następnie bóle w klatce piersiowej, które występowały u 109 dzieci (23%). W grupie najmłodszych najczęściej podejrzewano wadę wrodzoną serca. Pozostałe objawy, takie jak nadciśnienie tętnicze, arytmia, choroby mięśnia sercowego, pojawiały się z mniejszą częstością. **Wnioski:** Najczęstszą przyczyną skierowań na konsultacje kardiologiczne w grupie niemowląt było podejrzenie wady serca, z kolei w grupie dzieci starszych – omdlenia i ból w klatce piersiowej. Hospitalizacji w trybie pilnym wymagało zaledwie około 10% pacjentów kierowanych na konsultacje kardiologiczne, przy czym niemowlęta wymagały tego pięciokrotnie częściej niż dzieci powyżej 10. roku życia.

Słowa kluczowe: konsultacja kardiologiczna, dzieci, oddział ratunkowy, ból w klatce piersiowej, omdlenia

Summary

The aim of the study: Analyse the causes of children sent to cardiologic consultations during the duty. **Material and methods:** The study group consists of 432 children (226 girls and 206 boys, average 9.8 years), which in 2009-2010 were sent from emergency ward to cardiac consultation. The basic study of the circulatory system was performed: physical examination, electrocardiogram and echocardiogram. In some patients there were additional blood samples for laboratory tests and chest radiographs performed. The results were analysed in age groups (infants, younger children and older children) as well as in the category of symptoms that were the reason for referral (syncope, fainting, chest pain, symptoms of heart defects, arrhythmia, hypertension). **Results:** The most common group were older children (257 cases – 60%) and sequentially 96 younger children (22%) and 79 infants (18%). In the category of symptoms the most frequent cause of cardiologic consultation of older children were fainting (which was found in 126 patients – 30% among all directed to the consultation) and the chest pain that occurred in 109 children (23%). In the youngest group the most common congenital heart disease was suspected. Other symptoms such as hypertension, arrhythmia, and myocardial disease occurred less frequently. **Conclusions:** The heart defects were the most common cause of referrals to cardiologic consultation in infants group, while in the group of older children the main cause of referral were fainting

and chest pain. Urgent hospitalisation was required only by more or less 10% of patients referred for cardiac consultation, within infants who required it five times frequently than children over 10 years of age.

Key words: cardiologic consultation, children, emergency ward, chest pain, syncope

WSTĘP

WYNIKI

Nieprawidłowe objawy ze strony układu krążenia zawsze wzbudzają duży niepokój zarówno pacjenta, jak i lekarza pierwszego kontaktu. Niepokój ten jest jeszcze większy, gdy dotyczy grupy pacjentów pediatrycznych, dlatego kierowani są oni w trybie pilnym na oddziały ratunkowe lub izby przyjęć szpitali dziecięcych z pominięciem poradni kardiologicznych. Celem pracy była analiza przyczyn skierowań dzieci i młodzieży z Oddziału Ratunkowego Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka na konsultację kardiologiczną w trybie pilnym (dyżurowym).

MATERIAŁ I METODY

Przeanalizowano przyczyny kierowania dzieci na konsultacje kardiologiczne w trybie dyżurowym w okresie jednego roku, tj. od listopada 2009 do listopada 2010 roku. W tym czasie zbadano w trybie dyżurowym 432 pacjentów – 226 dziewcząt i 206 chłopców – kierowanych z oddziału ratunkowego Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka. Średnia wieku wynosiła 9,8 roku, najmłodsze dziecko było kilkudniowym noworodkiem, najstarsze miało prawie 18 lat. Podczas konsultacji kardiologicznej przeprowadzono podstawowe badania układu krążenia: badanie fizykalne, elektrokardiograficzne, echokardiograficzne. W niektórych przypadkach dodatkowo pobierano krew w celu przeprowadzenia badań laboratoryjnych oraz wykonywano badanie radiologiczne klatki piersiowej.

Przyczyny skierowań na pilne konsultacje kardiologiczne analizowano w dwóch kategoriach – wiekowej oraz pod kątem objawów, które były powodem niepokoju pacjenta lub jego rodziców.

Analizowane przyczyny skierowań umieszczono w trzech grupach wiekowych: A – niemowlęcej (1.-12. miesiąc życia), B – dzieci młodszych (1.-10. rok życia) i C – dzieci starszych (11.-18. rok życia). Spośród analizowanych 432 pacjentów w poszczególnych grupach wiekowych było kolejno: 79 niemowląt (18%), 96 dzieci młodszych (22%) oraz 257 dzieci starszych (60%).

W najmłodszej grupie wiekowej (A) główną przyczyną skierowań na konsultacje kardiologiczne (około 50% przypadków) było podejrzenie wady serca manifestujące się takimi objawami, jak szmer nad sercem, sinica i powiększona sylwetka serca w obrazie RTG klatki piersiowej. Pozostałe przyczyny skierowań to zaburzenia oddychania, niepokój, brak przyrostu masy ciała. Procentową analizę poszczególnych objawów przedstawiono w tabelach 1-3. W grupie B najczęstszymi przyczynami skierowań były omdlenia i zasłabnięcia (20%), ból w klatce piersiowej (20%), podejrzenie wady serca (15%), w pozostałych przypadkach inne niekardiologiczne objawy.

Trzecia analizowana grupa (C) była najliczniejsza (257 pacjentów), najczęściej występowały w niej omdlenia oraz zasłabnięcia (40% badanych) i ból w klatce piersiowej (36%). W tej grupie wiekowej prawie co 10. pacjent był kierowany z powodu nieprawidłowych, podwyższonych wartości ciśnienia tętniczego.

Przyczyny kierowania na konsultację	Liczba*	Procent
Zasłabnięcia, omdlenia z lub bez utraty świadomości	126	30
Ból w klatce piersiowej	109	25
Podejrzenie zaburzeń rytmu serca: podejrzenie zaburzeń rytmu serca, kołatania serca	64	15
Podejrzenie wady serca: podejrzenie wady serca, powiększona sylwetka serca, objawy ogólne: złe samopoczucie, osłabienie, brak apetytu, niepokój, słaby przyrost masy ciała	59	14
Nadciśnienie tętnicze	27	6,25
Inne: duszność, zaburzenia oddychania	30	7
Objawy ogólne: złe samopoczucie, osłabienie, brak apetytu, niepokój, słaby przyrost masy ciała	23	5,3
Zaburzenia neurologiczne	19	4,4
Stany gorączkowe	9	2,1
Męczenie się	2	0,5
Wodobrzusze, podwyższony poziom CPK	2	0,5

* U jednego pacjenta występowały jeden, dwa lub więcej objawów chorobowych (przyczyn kierowania na konsultację kardiologiczną).

Tabela 1. Przyczyny skierowań dzieci i młodzieży (0-18 lat) na konsultacje kardiologiczne w trybie pilnym

Przyczyny kardiologiczne kierowania na konsultację	0.-1. r.ż. (A)		2.-10. r.ż. (B)		11.-18. r.ż. (C)		Liczba ogółem	Odsetek wszystkich skierowań
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek		
Zasłabnięcia, omdlenia z lub bez utraty świadomości	7	5,5	24	19	95	75,5	126	30
Ból w klatce piersiowej	0	0	24	22	85	78	109	25
Podejrzanie zaburzeń rytmu serca: podejrzenie zaburzeń rytmu serca, kołatania serca	3	4,5	24	37,5	37	58	64	15
Podejrzanie wady serca: podejrzenie wady serca, powiększona sylwetka serca	39	66	14	24	6	10	59	14
Nadciśnienie tętnicze	3	11	4	15	20	74	27	6,25

Tabela 2. Przyczyny kardiologiczne kierowania na konsultacje kardiologiczne w trybie pilnym w poszczególnych grupach wiekowych

Spośród wszystkich 432 pacjentów wyodrębniono grupę 33 dzieci (około 7,6%) pozostających już wcześniej pod opieką kardiologa dziecięcego z powodu rozpoznania wrodzonej wady serca (11 dzieci) lub też będących po zabiegach kardiologicznych (22 dzieci). Aż 20 pacjentów (około 60%) było w wieku niemowlęcym. Objawy, które niepokoiły rodziców w tej grupie dzieci, to brak przyrostu masy ciała, zaburzenia oddychania i zasinienie powłok skórnych. W grupie dzieci z rozpoznaną wadą serca ponownego przyjęcia do Kliniki Kardiologii Dzieci z powodu dekomensacji wady wymagało 3 niemowląt (2 z całkowitym kanałem przedsionkowo-komorowym oraz jedno dziecko z zespołem Ebsteina). W grupie dzieci po zabiegach kardiologicznych przyjęcia do szpitala wymagało 4 dzieci (3 z nieprawidłową pracą rozrusznika serca oraz jedno z powodu powikłań po operacji nieprawidłowego spływu żył płucnych). Spośród całej podgrupy 33 dzieci 4 wymagało hospitalizacji na oddziałach pediatrycznych z powodu zapalenia płuc.

Poniżej przedstawiono analizę poszczególnych objawów będących przyczyną skierowań na konsultację kardiologiczną w trybie pilnym.

ZASŁABNIĘCIA, OMDLENIA BEZ LUB Z UTRATĄ ŚWIADOMOŚCI

Najczęstszymi przyczynami kierowania na konsultacje kardiologiczne były zasłabnięcia i omdlenia bez lub

z utratą świadomości. Dotyczyło to 126 dzieci, czyli 30% kierowanych. Objawy te wystąpiły u 70 dziewcząt (56%) i 56 chłopców (44%). Średnia wieku wynosiła 13 lat, najmłodsze dziecko miało 2,5 roku, najstarszy pacjent – prawie 18 lat. Na podstawie wywiadu i badania kardiologicznego omdlenia wazowagalne wykazano u 101 dzieci (80%), z kolei u 25 pacjentów (20%) nie ujawniono podłoża omdleń ani żadnej innej patologii układu krążenia. Do kliniki przyjęto 2 dzieci z badanej grupy: 16-letniego chłopca, sportowca z omdleniami i współistniejącymi zaburzeniami rytmu serca oraz 6-letniego chłopca z bradykardią.

BÓL W KLATCE PIERSIOWEJ

Drugą pod względem liczebności była grupa 109 dzieci (23%) skarżących się na ból w klatce piersiowej. Przyczynę kardiologiczną bólu rozpoznano jedynie u 6 pacjentów, co stanowi 5,5% wszystkich badanych, w grupie tej było 2 chłopców (w wieku 16 i 17 lat), u których wysunięto podejrzenie, a następnie potwierdzono zapalenie mięśnia sercowego, 2 dzieci w trakcie napadu częstoskurczu nadkomorowego oraz 2 dzieci z wysokimi wartościami ciśnienia tętniczego. Wszystkie zostały w trybie pilnym przyjęte do szpitala. U 7 innych dzieci rozpoznano łagodnego stopnia wypadanie płatków zastawki dwudzielnej, czego nie uznano za przyczynę bólu. U pozostałych pojedynczych dzieci jako

Przyczyny niekardiologiczne kierowania na konsultację	0.-1. r.ż. (A)		2.-10. r.ż. (B)		11.-18. r.ż. (C)		Liczba ogółem	Odsetek wszystkich skierowań
	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek	Liczba	Odsetek		
Duszność, zaburzenia oddychania	15	50	7	23	8	27	30	7,0
Objawy ogólne: złe samopoczucie, osłabienie, brak apetytu, niepokój, słaby przyrost masy ciała	18	78	4	17,5	1	4,5	23	5,0
Zaburzenia neurologiczne	1	5,5	5	26,5	13	68	19	4,4
Stany gorączkowe	1	11	7	78	1	11	9	2,1
Męczenie się	1	50	0	0	1	50	2	0,5
Inne	0	0	0	0	2	100	2	0,5

Tabela 3. Przyczyny niekardiologiczne kierowania na konsultacje kardiologiczne w trybie pilnym w poszczególnych grupach wiekowych

przyczynę dolegliwości bólowych w klatce piersiowej wykazano: uraz klatki piersiowej, ból po operacji lejkowatej klatki piersiowej, stan po porażeniu prądem, złamanie kompresyjne kręgów piersiowych w przebiegu białaczki, a w pozostałych przypadkach dolegliwości gastrologiczne oraz emocjonalne. Średnia wieku tej grupy wynosiła 13 lat, najmłodsze dziecko miało 3 lata, najstarsze – 17 lat. Dziewczynki stanowiły 56% tej grupy, a chłopcy – 44%.

PODEJRZENIE WADY SERCA

Kolejnym powodem skierowania dzieci na konsultację kardiologiczną było podejrzenie wady serca. W grupie tej było 59 dzieci (27 dziewcząt i 32 chłopców). Średnia wieku wynosiła 2,7 roku, najmłodsze dziecko miało zaledwie kilka dni, najstarsze – 17 lat. Aż 65% badanej grupy stanowiły niemowlęta. Głównymi przyczynami podejrzenia wady serca, a tym samym przyczyną skierowania na konsultację, były: zasinienie powłok skórnych (21 dzieci), szmer nad sercem (18 dzieci), powiększenie sylwetki serca na zdjęciu przeglądowym klatki piersiowej (11 dzieci). Inne, rzadsze lub współistniejące, przyczyny skierowań to: osłabienie, brak apetytu, słaby przyrost masy ciała, duszność, zaburzenia oddychania, omdlenia, zasłabnięcia, wymioty, infekcje dróg oddechowych, stany gorączkowe i drgawki. Jedynie u 10 dzieci (17%) z tej grupy potwierdzono wrodzoną wadę serca, taką jak ubytek przegrody międzyprzedsionkowej typu II – u 2 dzieci, przetrwały przewod tętniczy – u 5 dzieci, ubytek przegrody międzykomorowej – u 1 dziecka, koarktacja aorty – u 1 dziecka, kanał przedsionkowo-komorowy – także u 1 dziecka. U 23 dzieci (39%) skierowanych z podejrzeniem wady serca stwierdzono jedynie drożny otwór owalny, a u pozostałych 26 dzieci (44%) wykluczono patologię układu krążenia.

PODEJRZENIE ZABURZEŃ RYTMU SERCA

Powodem skierowania na konsultację kardiologiczną w tej grupie dzieci (64 badanych) była tachykardia (17 dzieci), bradykardia (8 pacjentów), niesprecyzowane kołatanie serca (25 dzieci) oraz niemiaraowa praca serca (14 dzieci). Średnia wieku wynosiła 9,4 roku, najmłodsze dziecko miało miesiąc, najstarsze – 17 lat. W pojedynczych przypadkach stwierdzano dolegliwości towarzyszące, takie jak: osłabienie, niepokój, złe samopoczucie, brak apetytu, słaby przyrost masy ciała, zasłabnięcie, duszność, infekcja dróg oddechowych, zaburzenia oddychania, kołatanie serca, ból w klatce piersiowej, męczenie się, ból i zawroty głowy. Badaniem fizykalnym i elektrokardiograficznym zaburzenia rytmu pod postacią bradykardii (w tym jeden przypadek bloku przedsionkowo-komorowego III stopnia), tachykardii, pobudzeń dodatkowych komorowych oraz częstoskurczu nadko-

morowego potwierdzono u 23 dzieci, co stanowiło 36% dzieci kierowanych z podejrzeniem arytmii.

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

Do Kliniki Kardiologii Dziecięcej na konsultację z podejrzeniem nadciśnienia tętniczego zostało skierowanych 27 dzieci, w tym 18 chłopców i 9 dziewcząt. Średnia wieku wynosiła 12 lat, najmłodsze kierowane dziecko miało 4 miesiące, a najstarsze – 17 lat. Niektórzy skarżyli się na takie dolegliwości, jak: bóle i zawroty głowy (4), ból w klatce piersiowej (2), duszność i zaburzenia oddychania (1), kołatanie serca (2). U 15 pacjentów (55,5%) po badaniach wysunięto podejrzenie lub potwierdzono nadciśnienie tętnicze, z czego 5 wymagało przyjęcia w trybie pilnym do Kliniki Kardiologii, pozostali zostali skierowani do dalszej obserwacji i leczenia w Poradni Kardiologicznej. U 12 pacjentów nie potwierdzono rozpoznania nadciśnienia tętniczego.

INNE PRZYCZYNY SKIEROWAŃ

Grupa 47 dzieci została skierowana na konsultację kardiologiczną pomimo braku typowych kardiologicznych objawów.

Największą część wśród nich stanowiły dzieci z dusznością i zaburzeniami oddychania. U ponad połowy z nich nie stwierdzono kardiologicznej przyczyny dolegliwości. U pozostałych objawy ze strony układu oddechowego były związane z wcześniej istniejącymi nieprawidłowościami w zakresie układu krążenia, takimi jak kardiomiopatia, rozpoznana wada serca, lub też pojawiły się w okresie pooperacyjnym po korekcyjnej wady serca, tj. HLHS, TOF, CAVC czy TAC.

Aż 23 dzieci skierowano na konsultację z powodu objawów, które mogły sugerować zmiany w układzie krążenia: osłabienie, złe samopoczucie, niepokój, brak apetytu i mały przyrost masy ciała, obniżona tolerancja wysiłku. U 10 z tych dzieci nie stwierdzono patologii układu krążenia, u pozostałych 13 ww. objawy wiązały się z kardiomiopatią oraz rozpoznaną lub operowaną wadą serca. U 19 dzieci jednym z powodów konsultacji były zaburzenia neurologiczne, tj. bóle i zawroty głowy, drgawki, zaburzenia widzenia. U jednego dziecka z tej grupy w trakcie konsultacji rozpoznano nadciśnienie tętnicze, u innego – zaburzenia wazowagalne.

Spośród 9 dzieci skierowanych na konsultację z powodu stanów gorączkowych u żadnego nie potwierdzono podejrzanego infekcyjnego zapalenia wsierdza, 2 badanych skierowano do klinik pediatrycznych z podejrzeniem choroby Kawasaki.

OMÓWIENIE

Duża liczba skierowań na konsultacje kardiologiczne w trybie pilnym, dyżurowym wydaje się zaskakująca i nie-

uzasadniona, co potwierdzają wyniki niniejszej pracy. Przyczyn tego zjawiska jest zapewne kilka. Pierwsza to postępowanie lekarzy pierwszego kontaktu, którzy pacjenta z bólem w klatce piersiowej, omdleniem czy kołataniem serca kierują w trybie dyżurowym na pilną konsultację kardiologiczną. Dzieje się tak w niektórych przypadkach bez dokładnego zebrania wywiadu oraz bez przeprowadzenia diagnostyki różnicowej. Wskazane byłoby również wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych, które mogłyby wiele wyjaśnić (np. w przypadku zasłabnięć u nastolatki wskazane byłoby wykonanie morfologii celem wykluczenia niedokrwistości, a w razie powtarzających się kołatań serca oznaczenie poziomu hormonów tarczycy celem wykluczenia nadczynności tarczycy itd.). Kolejny powód dużej liczby skierowań wynika z dużego niepokoju nastolatków, a także ich rodziców, którzy objawy, takie jak „ściskanie za mostkiem” czy ból w klatce piersiowej, wiążą w pierwszej kolejności z chorobą serca, podczas gdy u wielu z nich można wykazać silne podłoże emocjonalne podawanych dolegliwości. Nie sposób pominąć też faktu, że nieuzasadnionemu kierowaniu do kardiologa dziecięcego w trybie pilnym sprzyja utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów w niektórych rejonach kraju, jak również w niektóre dni kończącego się tygodnia (piątek, sobota, niedziela).

Podczas analizy profilu skierowań pacjentów w trybie pilnym do kardiologa dziecięcego widoczna jest jego zmienność w zależności od wieku dziecka. W grupie dzieci najmłodszych głównym powodem skierowań, bo aż w 50% przypadków, były objawy sugerujące wrodzoną wadę serca, takie jak sinica, szmer nad sercem czy powiększona sylwetka serca w obrazie radiologicznym klatki piersiowej. W przypadku tej grupy wiekowej reakcja lekarzy pediatrów wydaje się uzasadniona, chociaż potwierdzenie wady uzyskano jedynie u 10 dzieci, co stanowi 17% obserwowanej grupy. Otrzymany wynik jest porównywalny z wynikami innych autorów. Zarówno w materiale Kawalec i wsp. z 2005 roku⁽¹⁾, jak i w pracy Geggela z 2004 roku⁽²⁾ głównym powodem skierowań małych dzieci na oddziały szpitalne był szmer nad sercem, który w większości przypadków był szmerem niewinnym. Sinica w materiale amerykańskim była obserwowana u noworodków w 1. tygodniu życia i stanowiła istotny wskaźnik obecności wrodzonej wady serca. Danych tych nie można porównywać z naszym materiałem, gdyż tak młode noworodki z sinicą konsultowane są przez kardiologa w Górnośląskim Centrum Zdrowia Dziecka najczęściej z poziomu oddziałów i poradni neonatologicznych, a nie kardiologicznych. Jeżeli wstępna ocena budzi najmniejsze wątpliwości, wówczas noworodek natychmiast poddawany jest dalszej specjalistycznej oraz szczegółowej diagnostyce serca i układu krążenia, gdyż w tej grupie wiekowej każda prośba o konsultację kardiologiczną traktowana jest z najwyższą troską.

Jak już wspomniano, wraz z wiekiem dzieci zmienia się charakter zgłaszanych przez nie dolegliwości. W grupie dzieci starszych, powyżej 10. roku życia, najczęstszym zgłaszanym objawem były zasłabnięcia i omdlenia (40% pacjentów tej grupy), ból w klatce piersiowej (36%) oraz podejrzenie arytmii serca. Otrzymane wyniki są zgodne z danymi z piśmiennictwa⁽¹⁻⁴⁾.

Ból w klatce piersiowej ze względu na swoją lokalizację, jak również porównanie z bólem wieńcowym, typowym dla osób dorosłych, budzi zawsze niepokój zarówno młodych ludzi, jak i ich opiekunów. Dane z piśmiennictwa wskazują, że jedynie w 1-6% przypadków ból ten ma podłoże kardiologiczne^(1,2,5-9). W analizowanym materiale kardiologiczne podłoże bólu wykazano u 5,5% dzieci. W pozostałych przypadkach był to ból mięśniowy, o podłożu gastrologicznym, emocjonalnym lub ze strony układu kostno-stawowego. Z drugiej strony dowodem na to, że bólu w klatce piersiowej nie należy lekceważyć, jest rozpoznanie u 2 nastolatków z badanej grupy zapalenia mięśnia sercowego, a u innego – częstoskurczu przedsionkowego.

Omdlenia i zasłabnięcia są objawami charakterystycznymi dla najstarszej grupy wiekowej^(10,11). W omawianym materiale omdlenia miały najczęściej charakter wazowagalny (79% przypadków), co jest zgodne z obserwacjami Geggela⁽²⁾, według których omdlenia wazowagalne występowały w identycznym odsetku (79%) pacjentów spośród wszystkich z zaburzeniami świadomości.

U pacjentów kierowanych z podejrzeniem zaburzeń rytmu serca, częściej niż u innych, których kierowano na konsultację, potwierdzano patologię układu krążenia, taką jak bradykardia, tachykardia zatokowa, częstoskurcz nadkomorowy czy pobudzenia dodatkowe. U jednego pacjenta w niniejszym materiale rozpoznano blok przedsionkowo-komorowy III stopnia, a u 3 innych – nieprawidłową pracę rozrusznika serca. Wśród naszych pacjentów nie było chorych z migotaniem i trzepotaniem przedsionków, którzy opisywani są w piśmiennictwie amerykańskim⁽²⁾.

W starszych grupach wiekowych pacjenci kierowani są czasami z podejrzeniem nadciśnienia tętniczego, zwykle po jednorazowym pomiarze RR. Spośród 27 pacjentów z nieprawidłowym RR, skierowanych na konsultację kardiologiczną, jedynie 5 wymagało natychmiastowego przyjęcia do kliniki kardiologii dzieci. Wydaje się, że w tej grupie częściej należy myśleć o nadciśnieniu na tle emocjonalnym (np. „białego fartucha”).

Osobną grupę stanowią dzieci z już rozpoznaną wadą serca, jak również pacjenci po operacyjnej korekcji wady serca, których w naszym materiale było 33 (7,5% wszystkich badanych). W ich przypadku konsultacje kardiologiczne są jak najbardziej uzasadnione, tym bardziej że są to najczęściej dzieci (jak wynika z naszego materiału) z ciężkimi złożonymi wadami serca, takimi jak zespół hipoplazji lewego serca, inne formy pojedynczej komory serca czy wspólny kanał przedsionkowo-ko-

morowy. Należy sądzić, że w związku z coraz lepszymi wynikami leczenia kardiochirurgicznego i postępowaniem anestezyjologii i kardiologii dziecięcej, wpływającymi na większą przeżywalność pacjentów, liczba dzieci kierowanych na konsultację z tej grupy będzie stale wzrastała. W dostępnym piśmiennictwie, zarówno polskim, jak i zagranicznym, dużo jest doniesień różnicujących pojedyncze objawy chorobowe, takie jak ból w klatce piersiowej^(5,6,9) czy omdlenia^(10,11), a niewiele prac opisujących problem kierowania dzieci z różnymi objawami ze strony układu krążenia do kardiologa dziecięcego. Zbiorczej analizie objawów występujących u dzieci kierowanych do kardiologa przez lekarzy rodzinnych dokonano w wielośrodkowej pracy z 2005 roku pod redakcją Kawalec i wsp.⁽¹⁾, a także w monografiach autorów amerykańskich^(2,3). Zarówno wyniki naszej pracy, jak i prac powyższych autorów wskazują, że u większości dzieci kierowanych na konsultacje kardiologiczne w trybie pilnym nie potwierdzono patologii układu krążenia, chociaż w pojedynczych przypadkach wykryto wady serca, wysięki w osierdziu czy zapalenia mięśnia sercowego wymagające pilnej hospitalizacji.

WNIOSKI

1. Główną przyczyną konsultacji w okresie niemowlęcym było podejrzenie wady serca.
2. Najczęstsze przyczyny kierowania dzieci powyżej 1. roku życia na konsultacje kardiologiczne stanowiły zasłabnięcia i omdlenia, przebiegające bez lub z utratą świadomości, oraz ból w klatce piersiowej.
3. Hospitalizacji w trybie pilnym wymagało około 10% pacjentów kierowanych na konsultację kardiologiczną, przy czym niemowlęta pięciokrotnie częściej niż dzieci powyżej 10. roku życia.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Kawalec W., Żuk M., Białkowski J. i wsp.: Znaczenie objawów ze strony układu krążenia będących przyczyną skierowania do kardiologa. *Med. Wieku Rozw.* 2005; 9: 139-151.
2. Geggel R.L.: Conditions leading to pediatric cardiology consultation in a tertiary academic hospital. *Pediatrics* 2004; 114: 409-417.
3. Murugan S.J., Thomson J., Parsons J.M. i wsp.: New outpatient referrals to a tertiary paediatric cardiac centre: evidence of increasing workload and evolving patterns of referral. *Cardiol. Young* 2006; 15: 43-46.
4. Zakariassen E., Burman R.A., Hunnskaar S.: The epidemiology of medical emergency contacts outside hospitals in Norway – a prospective population based study. *Scand. J. Trauma Resusc. Emerg. Med.* 2010; 18: 1-9.
5. Danduran M.J., Earing M.G., Sheridan D.C. i wsp.: Chest pain: characteristics of children/adolescents. *Pediatr. Cardiol.* 2008; 29: 775-781.
6. Gilleland J., Blount R.L., Campbell R.M. i wsp.: Brief report: psychosocial factors and pediatric noncardiac chest pain. *J. Pediatr. Psychol.* 2009; 34: 1170-1174.
7. Kawalec W., Milanowski A. (red.): Diagnostyka różnicowa najczęstszych objawów w praktyce pediatrycznej. PZWL, Warszawa 2003.
8. Porter S.C., Fein J.A., Ginsburg K.R.: Depression screening in adolescents with somatic complaints presenting to the emergency department. *Ann. Emerg. Med.* 1997; 29: 141-145.
9. Selbst S.M.: Consultation with the specialist. Chest pain in children. *Pediatr. Rev.* 1997; 18: 169-173.
10. Walsh C.A.: Syncope and sudden death in the adolescent. *Adolesc. Med.* 2001; 12: 105-132.
11. Côté J.M.: Syncope in children and adolescents: evaluation and treatment. *Paediatr. Child Health* 2001; 6: 549-551.

Szanowni Autorzy!

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów publikacja artykułu w czasopiśmie „PEDIATRIA I MEDYCINA RODZINNA” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwia doliczenie 20 punktów edukacyjnych za każdy artykuł do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest notka bibliograficzna z artykułu.