

КП № 55 ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър перикардит

Включва: остър перикарден излив
Не включва: ревматичен перикардит (остър) (I01.0)

I30.0 Остър неспецифичен идиопатичен перикардит

I30.1 Инфекциозен перикардит

Перикардит:

- пневмококов
- гноен
- стафилококов
- стрептококов
- вирусен

Пиоперикардит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния причинител се използва допълнителен код (B95—B97).

I30.8 Други форми на остър перикардит

Други болести на перикарда

Не включва: текущи усложнения на острия инфаркт на миокарда (I23.—)
посткардиотомен синдром (I97.0)
травма на сърцето (S26.—)
болест, уточнена като ревматична (I09.2)

I31.0 Хроничен адхезивен перикардит

Accretio cordis

Сраснал перикард

Адхезивен медиастиноперикардит

I31.1 Хроничен констриктивен перикардит

Concretio cordis

Перикардна калцификация

I31.2 Хемоперикард

I31.3 Перикарден излив (невъзпалителен)

Хилоперикард

I31.9 Болест на перикарда, неуточнена

Сърдечна тампонада

Перикардит (хроничен) БДУ

Перикардит при болести, класифицирани другаде

I32.0* Перикардит при бактериални болести, класифицирани другаде

Перикардит:

- гонококов (A54.8†)
- менингококов (A39.5†)
- сифилитичен (A52.0†)
- туберкулозен (A18.8†)

I32.1* Перикардит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

I32.8* Перикардит при други болести, класифицирани другаде

Перикардит (при):

- ревматоиден (M32.1†)

- системен лупус еритематодес (M32.1†)
- уремичен (N18.8†)

Остър миокардит

- I40.0 Инфекциозен миокардит**
Септичен миокардит
При необходимост от идентифициране на инфекциозния причинител се използва допълнителен код (B95—B97).
- I40.1 Изолиран миокардит**
- I40.8 Други видове остър миокардит**

Миокардит при болести, класифицирани другаде

- I41.8* Миокардит при други болести, класифицирани другаде**
Ревматоиден миокардит (M05.3†)
Саркоидозен миокардит (D86.8†)

Кардиомиопатия

Не включва: кардиомиопатия, усложняваща:

- бременност (O99.4)
- послеродов период O90.3)

ишемична кардиомиопатия (I25.5)

- I42.0 Дилатативна кардиомиопатия**
- I42.1 Обструктивна хипертрофична кардиомиопатия**
Хипертрофична субаорна стеноза
- I42.2 Друга хипертрофична кардиомиопатия**
Необструктивна хипертрофична кардиомиопатия
- I42.3 Ендомиокардна (еозинофилна) болест**
Ендомиокардна (тропическа) фиброза
Ендокардит на Löffler
- I42.4 Ендокардна фиброеластоза**
Вродена кардиомиопатия
- I42.5 Друга рестриктивна кардиомиопатия**
- I42.7 Кардиомиопатия, причинена от лекарства и други външни фактори**
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код на външни причини (клас XX).

Забележка: Кодовете от рубриката I32 и I41, обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно като водещи диагнози. Те се явяват допълнителни диагнози към водещите, означени със знака (†) към същата рубрика

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

**** 87.49 РЕНТГЕНОВО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ГРЪДЕН КОШ**

рентгеново изследване на:

bronхи, БДУ
бял дроб, БДУ
диафрагма, БДУ
медиастинум, БДУ
сърце, БДУ
трахея, БДУ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:

- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

****88.72 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА СЪРЦЕ**

ехокардиография
интраваскуларен ултразвук на сърце

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:

- използвайки:
 - мапиране с цветен поток
 - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
 - механично секторно сканиране
 - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

**** 89.52 ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА**

ЕКГ (с 12 и повече отвеждания)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропуски кода

****90.43 МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ТРАХЕЯ, БРОНХ, ПЛЕВРА, БЯЛ ДРОБ, ДРУГА ГРЪДНА ПРОБА И ХРАЧКА - КУЛТУРА И ЧУВСТВИТЕЛНОСТ - БАКТЕРИОЛОГИЧНИ И ВИРУСОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92204-00 Неинвазивни диагностични тестове, измервания или изследвания, неклассифицирани другаде

****90.49 ДРУГО МИКРОСКОПСКО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ПРОБА ОТ ТРАХЕЯ, БРОНХ, ПЛЕВРА, БЯЛ ДРОБ, ДРУГА ГРЪДНА ПРОБА И ХРАЧКА**
Цитологично изследване

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92204-00 Неинвазивни диагностични тестове, измервания или изследвания, неклассифицирани другаде

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ****Включва следния медико-диагностичен пакет:**

Пълна кръвна картина

Биохимични показатели-креатинин, трансаминази

Серологични изследвания – при необходимост

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи**13839-00 Вземане на кръв за диагностични цели***Включва:* чрез артериална пункция*Не включва:* проба от адrenalна вена (13839-02 [1858])

стимулационен тест с адренокортикотропен хормон (30097-00 [1858])

вземане на кръв за преливане (13709-00 [1891])

хемафереза:

• донорска (13755-00 [1892])

• терапевтична (13750 [1892])

интра-артериално канюлиране за кръвно-газов анализ (13842-00 [1858])

проба от синус петрозум [венозен] (13839-01 [1858])

тези при новородени (13312-00 [1858])

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ***37.0 ПЕРИКАРДИОЦЕНТЕЗА****Дренаж на сърце****38359-00 Перикардиоцентеза***** 99.21 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИБИОТИК****Приложение на фармакотерапия****96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиnфекциозен агент**

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт

• Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)

• устройство за съдов достъп

• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])*** 99.22 ИНЖЕКЦИЯ НА ДРУГИ АНТИИНФЕКЦИОЗНИ МЕДИКАМЕНТИ****96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиnфекциозен агент**

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт

• Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)

• устройство за съдов достъп

• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])**96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиnфекциозен агент***** 99.23 ИНЖЕКЦИЯ НА СТЕРОИД****96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид**

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт

• Port-A-Cath

- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

*** 99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО**

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури, от които задължително ****89.52** (11700-00); ****88.72** (55113-00 и 55118-00); ****90.59** (13839-00), и една основна терапевтична процедура.

Забележка: За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II-ро ниво, съгласно медицински стандарти „Кардиология” и „Педиатрия”. Изискванията за

наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарти „Кардиология“ и „Педиатрия“.

1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение или Детска сърдечна реанимация или Детско интензивно отделение
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- минимум трима лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология;
- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари със специалност по детски болести, от които поне един със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки с останалите звена на клиниката/отделението по вътрешни болести и специално с отделението за интензивно лечение на вътрешните болести, както и с болничните структури или структури извън болницата по образна диагностика, самостоятелна клиника/отделение по кардиология, притежаваща звено за инвазивно (интервенционално) лечение, сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален**.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- болни с клинични, рентгенологични и ехографски данни за перикарден излив;
- болни с клинични, рентгенологични и ехографски данни за миокардит;
- болни с клинични, рентгенологични и ехографски данни за кардиомиопатия (КМП);
- рецидив на заболяването (миокардит, перикардит, КМП) след проведено оптимално лечение;
- болни с перикардит или КМП, подлежащи на оперативно лечение за предоперативна подготовка.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В ПОСОЧЕНИТЕ ВАРИАЦИИ И ВЪЗМОЖНОСТИ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до-10 тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Лечение на перикарден излив

При клинични и ехокардиографски данни за сърдечна претампонада/тампонада пациентите постъпват в структура за интензивно лечение, където се започват при необходимост кардио-пулмонална ресусцитация, включваща интубация, сърдечна дефибрилация, вливания за поддържане на съдовия обем и подпомагащи сърдечната функция кардиоинотропни препарати.

При необходимост се извършва спешна перикардиоцентеза. Последната се извършва със субскифоиден достъп под непрекъснат ЕКГ и хемодинамичен контрол и при готовност за започване на животоспасяващо лечение. Манипулацията се извършва след подготовка на кожата с необходимата асептика, след локална анестезия с лидокаин с дълга 20 см игла, към която е поставено трипътно кранче и спринцовка, съдържаща 1% лидокаин. След евакуацията се осъществява задължително лабораторно, микробиологично и цитологично изследване на получения пунктат.

При клинични и ехокардиографски данни за перикарден излив без тампонада се назначават изследвания, целящи уточняване етиологията на перикардния излив – туберкулинов кожен тест, хемокултури, култури от фаринкс и фецес за микробиологично и вирусологично изследване, при съответното съмнение – антистрептолизин титър, TSH, T3, T4, антинуклеарни антитела. Лечението се осъществява в зависимост от подлежащото основно заболяване.

Консервативното лечение на вирусните и бактериални перикардити включва:

Основни медикаменти:

1. НСПВС.

2. Colchicine - добавя се към НСПВС или като монотерапия; като начално лечение, за профилактика на рецидивиращ перикардит.

3. Кортикостероиди – при липсващ терапевтичен ефект от прилаганото лечение. Използват се в умерени дози – 20 – 30 mg с постепенно излизане. При продължителна употреба на КС към тях се включват НСПВС по време на излизането, след което и от тях се излиза постепенно.

4. Антибиотици – при предполагаема или доказана бактериална етиология и съобразена с микробиологичната чувствителност.

5. Туберкулостатици – при доказана специфична етиология; липсващ терапевтичен отговор от прилаганите лекарствени средства и схеми.

Към лечението с туберкулостатици се добавят – хепатопротектори, Vit. B complex. Лечението с туберкулостатици продължава 2 месеца, след което се провежда 3 пъти седмично до 8 (10 – 12) месеца. Незадължително могат да се добавят КС в умерени дози (20 mg) за около 1 – 2 – 3 месеца с постепенно намаляване на дозата.

Лечение на перимиокардит /миокардит /кардиомиопатия

Лечението е предимно симптоматично (на застойната /хиподебитна симптоматика, ритъмно-проводните нарушения), като в някои случаи се налагат допълнителни инвазивни изследвания и оперативна намеса.

Основните групи медикаменти са както следва:

- дигиталисови и допаминови препарати;
- нитрати;
- бета блокери;
- инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим;
- диуретици;
- калциеви антагонисти;
- антикоагуланти;

- антиаритмици;
- антибиотици.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя съобразно клиничната картина, ЕКГ, ехографски, микробиологични/вирусологични/ и имунологични данни.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- уточняване на заболяването;
- овладяване на симптоматиката;
- оптимизиране на системна терапия и съставяне на план за по-нататъшно поведение;
- обратно развитие на клиничните, рентгенологични и/или ехографски данни, спрямо данните от съответната находка при хоспитализация.

Забележка: Обективното състояние на пациента при изписването се отразява в приложения "Фиш за дехоспитализация", който става неразделна част от История на заболяването.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография, остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 40 от 2004 (обн. ДВ бр. 97/9.12.2011г.)

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

СН: ☐ компенсирана

☐ субкомпенсирана

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *“Направление за хоспитализация”* - бл.МЗ-НЗОК №7.

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”*;
- част III на *“Направление за хоспитализация”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА

Заболяванията на миокарда и перикарда се срещат във всяка възраст от периода на новороденото до дълбока старост. Те се дължат на различни фактори: възпалителни, вирусни и бактериални заболявания, засягащи целия организъм или повече или по-малко избирателно сърцето, вредно въздействие на химични и физически агенти на околната среда, на наследствени или метаболитни нарушения. Протичането обичайно е тежко и нерядко с появата на клинични симптоми, влошаващи рязко качеството на живота и дори застрашаващи живота на пациента.

Острият перикардит протича с постепенно или по-бързо образуване на течност между обвивките на сърцето, и в зависимост от количеството на събраната течност, може да се предизвика животозастрашаващо състояние (тампонада), налагащо спешни медикаментозни процедури. Освен появилата се болка, свързана с дишането и положението на тялото, налице е силен задух и значително ускорена сърдечна дейност, намаляване на количеството отделена урина.

Когато след простудно заболяване, грип или грипоподобно заболяване оплакванията продължават, температурата се понижава, но не се нормализира, необходима е повторна консултация при ОПЛ за допълнителни изследвания. Те целят изясняването на причината за появата на перикарден излив и включват тестове за изключване на туберкулоза, някои вирусологични, имунологични и микробиологични изследвания. Когато има събрана течност в перикардната торбичка, която не намалява от провежданото лечение се прибегва до отстраняването ѝ с изтегляне чрез хирургичен достъп – пункция или дрениране. Заболяването приключва с пълно излекуване и по-рядко може да рецидивира, което налага контролиране при ОПЛ най-малко 6 месеца.

По-рядко може да се наблюдава включване на сърдечния мускул във възпалителния процес (**миокардит като самостоятелно заболяване или в хода на перикардита**). В тези случаи водещи в клиничната картина са изявите на сърдечна недостатъчност – задух, лесна уморяемост или нарушение в сърдечния ритъм – аритмии. Лечението цели овладяването на симптомите на сърдечна недостатъчност, ритъмните и проводни нарушения.

Кардиомиопатиите са група заболявания на сърдечния мускул с неизвестна (идиопатични) или позната етиология, които водят до сърдечна дисфункция. Съвременната медицина в някои случаи може да предложи ефективно лечение, водещо до подобряване качеството на живот и редуциране на клиничните симптоми. В други случаи, както е например при някои от случаите на хипертрофична кардиомиопатия, съвременна алтернатива за по-продължително преживяване е интервенционално или оперативното лечение. Лечението е трудно и продължително, налагат се чести хоспитализации, продължително амбулаторно лечение и проследяване.