

КП № 56 РИТЪМНИ И ПРОВОДНИ НАРУШЕНИЯ

Минимален болничен престой - 1 ден

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Разстройства на вегетативната [автономната] нервна система

Не включва: разстройство на вегетативната нервна система, предизвикано от алкохол (G31.2)

G90.0 Идиопатична периферна вегетативна невропатия
Синкоп, свързан с раздразване на каротидния синус

Атриовентрикуларен блок и ляв бедрен блок

I44.1 Атриовентрикуларен блок, втора степен
Атриовентрикуларен блок, тип I и II
Блок на Mobitz, тип I и II
Втора степен атриовентрикуларен блок, тип I и II
Блок на Wenckebach

I44.2 Атриовентрикуларен блок, пълен
Пълен сърдечен блок БДУ
Трета степен атриовентрикуларен блок

Други проводни нарушения

I45.2 Бифасцикуларен блок

I45.3 Трифасцикуларен блок

I45.5 Друг уточнен сърдечен блок
Синоатриален блок
Синоаурикуларен блок
Не включва: сърдечен блок БДУ (I45.9)

I45.6 Синдром на преждевременно възбуждане
Абнормно атриовентрикуларно възбуждане
Атриовентрикуларно провеждане:
• ускорено
• по допълнителен път
• с преждевременно възбуждане
Синдром на Lown-Ganong-Levine
Синдром на Wolff-Parkinson-White

I45.8 Други уточнени проводни нарушения
Атриовентрикуларна [AV] дисоциация
Интерферентна дисоциация

I45.9 Проводно нарушение, неуточнено
Сърдечен блок БДУ
Синдром на Morgagni - Adams - Stokes (MAS - синдром)

Спиране на сърцето

Не включва: кардиогенен шок (R57.0)
усложняващо:
• аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
• акушерски операции и процедури (O75.4)

I46.0 Спиране на сърцето с успешно възстановяване на сърдечната дейност

I46.1 Внезапна сърдечна смърт, описана така
Не включва: внезапна смърт:

- БДУ (R96.—)
- при:
 - проводно нарушение (I44—I45)
 - инфаркт на миокарда (I21—I22)

I46.9 Спиране на сърцето, неуточнено

Пароксизмална тахикардия

Не включва: усложняваща:

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- акушерски операции и процедури (O75.4)

тахикардия БДУ (R00.0)

I47.1 Надкамерна тахикардия

Пароксизмална тахикардия:

- предсърдна
- атриовентрикуларна [AV]
- от атриовентрикуларното съединение
- нодална

I47.2 Камерна тахикардия

I48 Предсърдно мъждене и трептене

Други сърдечни аритмии

Не включва: брадикардия БДУ (R00.1)

усложняващи:

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- акушерски операции и процедури (O75.4)

ритъмни сърдечни нарушения на новородено (P29.1)

I49.0 Камерно мъждене и трептене

I49.5 Синдром на болния синусов възел

Тахи(кардия)-бради(кардия) синдром

R55 Припадък [синкоп] и колапс

Кратковременна загуба на съзнанието и зрението

Загуба на съзнанието

Не включва: невроциркулаторна астения (F45.3)

ортостатична хипотония (I95.1)

- неврогенна (G90.3)

шок:

- БДУ (R57.9)
- кардиогенен (R57.0)
- усложняващ или съпровождащ:
 - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.3)
 - раждане и родоразрешаване (O75.1)
 - следоперационен (T81.1)
- пристъп на Stokes-Adams (I45.9)

припадък:

- синокаротиден (G90.0)
 - топлинен (T67.1)
 - психогенен (F48.8)

безсъзнателно състояние БДУ (R40.2)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

**** 88.72 ДИАГНОСТИЧЕН УЛТРАЗВУК НА СЪРЦЕ**

Ехокардиография (трансторакална и/или трансезофагеална)

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

****89.50 СЪРДЕЧНО МОНИТОРИРАНЕ – ЕКГ ХОЛТЕР**

Аналогови устройства (тип Holter)

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор

Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

****89.51 ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАМА НА РИТЪМА**

Ритъм ЕКГ с едно до три отвеждания

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

11709-00 Амбулаторен непрекъснат холтер електрокардиографски запис

Включва: с използване на система, способна на сравняване и пълно откриване на запис

****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 – пропусни кода

****90.59 ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ**

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:

ПКК

Кр. захар, креатинин

Електролити

Скорост на гломерулна филтрация (eGFR)

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 адренална вена (13839-02 [1858])
стимуляционен 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

*37.78 ПОСТАВЯНЕ НА ВРЕМЕННА ТРАНСВЕНОЗНА ПЕЙСМЕЙКЪРНА СИСТЕМА

Изключва:

интраоперативен сърдечен пейсмейкър - 39.64

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър

Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

*99.18 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ЕЛЕКТРОЛИТИ

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

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])

*99.19 ИНЖЕКЦИЯ НА АНТИКОАГУЛАНТИ

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

*99.29 ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНFUЗИЯ НА ДРУГО 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

КОНВЕРСИЯ НА СЪРДЕЧЕН РИТЪМ

Изключва:

при отворен гръден кош:

сърдечна електростимулация - 37.91

сърдечен масаж - 37.91

***99.60 КАРДИОПУЛМОНАЛНА РЕСУСИТАЦИЯ, НЕУТОЧНЕНА**

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

***99.61 ПРЕДСЪРДНО КАРДИОВЕРЗИО**

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

13400-00 Кардиовезия
Дефибрилация
Сърдечен електрошок
Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация
Не включва: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода

***99.62 ДРУГ ЕЛЕКТРОШОК НА СЪРЦЕТО**

кардиоверзио:

външно

конверсия към синусов ритъм

дефибрилация

външна стимулация с електроди

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92055-00 Друга конверсия на сърдечен ритъм

***99.63 СЪРДЕЧЕН МАСАЖ ПРИ ЗАТВОРЕН ГРЪДЕН КОШ**

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92053-00 Затворен гръден сърдечен масаж
Сърдечен масаж БДУ
Външен ръчен сърдечен масаж

***99.64 СТИМУЛАЦИЯ НА КАРОТИДЕН СИНУС**

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92054-00 СТИМУЛАЦИЯ НА КАРОТИДЕН СИНУС

***99.69 ДРУГА КОНВЕРСИЯ НА СЪРДЕЧНИЯ РИТЪМ**

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92055-00 Друга конверсия на сърдечен ритъм

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (****89.51** (11709-00) или ****89.52** (11700-00); ****88.72** (55113-00 или 55118-00); ****90.59** (13839-00)), и една основна терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ**.

При всички пациенти над 18 г. възраст, при които е назначен нов орален антикоагулант (NOAC), задължително се изследва скорост на гломерулна филтрация (eGFR) за оценка на бъбречната функция.

ЗАБЕЛЕЖКА: При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код *37.78 (38256-00 или 38256-01) „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с Направление за хоспитализация (бланка №7 МЗ-НЗОК) и формуляр за импланти. Серийният номер на опаковката се записва във формуляра за импланти в графата „фабричен номер“. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става „Формуляр за импланти“ за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната 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 I ниво съгласно медицински стандарт „Кардиология“, „Вътрешни болести“ и „Педиатрия“ Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарти „Кардиология“, „Вътрешни болести“ 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, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по вътрешни болести или детски болести

2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение по вътрешни болести или детски болести
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност, извършваща КГА
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, велоергометър, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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

- двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология;
- лекар 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:

- в клиника/отделение по детска кардиология – минимум двама лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;

или

- в детска клиника/отделение – двама със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

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.

1.1. СПЕШНИ

- пристъпно предсърдно мъждене/трептене с давност до 48 часа, с оглед регуларизация;
- надкамерни пароксизмални тахикардии, предсърдно мъждене, предсърдно трептене, камерни тахиаритмии (без камерни екстрасистоли), AV-блок II и III степен, синоатриален блок и синус арест, с регистрирани камерни паузи над 2000 мсек, както и други аритмии, които водят до хемодинамична нестабилност (хипотония, остра сърдечна недостатъчност - хиподебитна или застойна), изразена субективна симптоматика, неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) и/или до миокардна исхемия и/или некроза;
- симптоматични брадикардии и проводни нарушения (синкопи, MAC синдром).

1.2. ПЛАНОВИ

- планово кардиоверзио при предсърдно мъждене/трептене – **само за клиники/отделения по кардиология/детска кардиология II и III ниво.**

-за диагностично и терапевтично уточняване при често рецидивиращи камерни/надкамерни аритмии и симптоматични брадикардии - **само за клиники/отделения по кардиология/детска кардиология III ниво.**

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.

Надкамерни тахикардии

Лечение на пароксизмална надкамерна тахикардия

Прекъсване на пристъп при стабилна хемодинамика:

Покой, седирание, вагусови прийоми. При липса на ефект се прави опит за възстановяване на синусов ритъм с един от следните медикаменти:

Adenosine - средство на избор при пароксизмална AV-тахикардия. Прилага се i.v. болус под мониторен контрол и само в болнична обстановка!

или

Са-антагонист – IV клас - не трябва да се използва Verapamil при диагностично неуточнена тахикардия с широки камерни комплекси!

или

Бета-блокери бавно i.v.

или

бета-блокери - бавно i.v.

или

Антиаритмичен медикамент III клас бавно i.v.

или

дигиталисов препарат по схема при деца до 2 години.

Прекъсване на пристъп при нестабилна хемодинамика:

Електрокардиоверзио 50-360 J.

Противорецидивно лечение: (per os): показано при чести > 5 пристъпа годишно и/или протичащи с тежки хемодинамични нарушения и/или с изразена субективна симптоматика

тахикардии: бета-блокери; антиаритмичен медикамент III клас. Своевременно следва да се обсъди възможността за извършване на радиочестотна аблация.

Ритъмни нарушения при WPW – синдром:

При тахикардиите, асоциирани с WPW-синдром провеждането по допълнителната връзка се потиска най-ефективно с медикаменти от клас IC и III.

Овластяване на пристъп от WPW-тахикардия при стабилна хемодинамика:

антиаритмичен медикамент III клас - бавно i.v.

или

бета-блокери – бавно i.v.

Овластяване на пристъп от WPW-тахикардия при нестабилна хемодинамика:

Електрокардиоверзия 50-360J.

Противорецидивно лечение (per os): показано при чести > 5 пристъпа годишно и/или протичащи с тежки хемодинамични нарушения и/или с изразена субективна симптоматика тахикардии: бета-блокери; антиаритмичен медикамент III клас. Своевременно следва да се обсъди възможността за извършване на радиочестотна аблация.

Предсърдна автоматична тахикардия с AV-блок (ПАТ с блок)

Може да се срещне в хода на хронични белодробни заболявания или да е израз на дигиталисова интоксикация. Изисква диференциална диагноза с предсърдното трептене, тъй като терапевтичният подход е различен!

Лечение: незабавно трябва да се спре лечението с дигиталис. По-нататъшното му приложение може да доведе до задълбочаване на AV-блока и екстремно забавяне на камерната честота.

Предсърдно трептене и предсърдно мъждене

Изискване: При пациентите с неклапно предсърдно мъждене или предсърдно трептене (пароксизмално, персистиращо или перманентно) се изчисляват задължително CHA₂DS₂-VASc скор (за определяне на степента на емболичен риск), съгласно табл. 1 и HAS-BLED (за определяне риска от кървене), съгласно табл. 2.

- Пациентите с рискова оценка по CHA₂DS₂-VASc скор от 2 и повече точки са с висок емболичен риск.
- Пациентите с рискова оценка по CHA₂DS₂-VASc скор от 1 точка са с интермедиерен емболичен риск.
- Пациентите с рискова оценка по CHA₂DS₂-VASc скор от 0 точки са с нисък емболичен риск
 - При CHA₂DS₂-VASc скор = 0 пациентът остава без анти тромбозна терапия
 - при CHA₂DS₂-VASc скор = 1 се прави избор между антикоагулантна терапия и без анти тромбозна терапия, като се предпочита антикоагулантната терапия, съобразно риска от кървене
 - при CHA₂DS₂-VASc скор ≥ 2 пациентът е показан за продължително лечение с антикоагуланти

Оценките на CHA₂DS₂-VASc скор и HAS-BLED скор се прилагат в История на заболяване на пациента.

Таблица 1 - CHA2DS2-VASc скор за определяне на степента на емболичен риск при пациенти с неклапно предсърдно мъждене – изчислява се като сума

Рисков фактор	Точки	Точки за пациента
Сърдечна недостатъчност/ЛК дисфункция (ФИ < 40%)	+1	
Артериална хипертония	+1	
Възраст ≥75 години	+2	
Захарен диабет	+1	
Инсулт / ПНМК / системна тромбемболия	+2	
Съдово заболяване (инфаркт, аортна плака, периферно-съдова болест)	+1	
Възраст 65–74 години	+1	
Женски пол	+1	
Общо (сума от точките)	0–9	

Таблица 2 - HAS-BLED скор за определяне риска от кървене при пациенти с предсърдно мъждене – изчислява се като сума

Клинична характеристика	Точки	Точки за пациента
Хипертония (<u>H</u> ypertension) (CAH >160 mmHg)	1	
Аномална (<u>A</u> bnormal) бъбречна или чернодробна функция	1 + 1	
Инсулт (<u>S</u> troke)	1	
Кървене (<u>B</u> leeding)	1	
Лабилен (<u>L</u> abile) INR	1	
Напреднала възраст (<u>E</u> lderly) (>65 години)	1	
Медикаменти – антитромбоцитни (<u>D</u> rugs) или алкохол	1 + 1	
Общо (сума от точките)	0–9	

Предсърдно трептене

В зависимост от давността на аритмията, лечението има за задача да възстанови синусов ритъм или да контролира честотата на камерния отговор.

При давност на аритмията под 48 часа опитът за възстановяване на синусов ритъм е свързан с нисък ембологенен риск и влиза в съображение.

При **стабилна хемодинамика** овладяването на пристъпа може да се осъществи със следните медикаменти:

- бета-блокери или антиаритмичен медикамент III клас.

При **нестабилна хемодинамика** или неподдаващо се на медикаментозно лечение предсърдно трептене – електрокардиоверзия 50-360 J. То може да бъде средство на първи избор и при стабилна хемодинамика по преценка на лекуващия лекар и давност на аритмията по-малка от 48 часа.

Противорецидивната терапия е съобразена с наличието и вида на подлежащо сърдечно заболяване. Следва своевременно да се обсъди възможността за радиофреквентна аблация.

Предсърдно мъждене (ПМ)

При пристъпно ПМ с давност до 48 часа и стабилна хемодинамика може да се пристъпи към опит за възстановяване на синусов ритъм след оценка на емболичния риск, отразена в История на заболяването.

Медикаменти за възстановяване на синусов ритъм, съобразно наличието и тежестта на подлежащото сърдечно заболяване. Алтернатива на медикаментите може да бъде синхронизираната електрокардиоверзия.

При ПМ с давност > 48 часа задължително се провежда:

- оценка на емболичния риск, съобразно табл. 1, отразена в История на заболяването;
- ефективна антикоагулантна терапия с индиректен антикоагулант в продължение на 3 седмици (поддържане на INR в стойности между 2,0 и 3,0);
- контрол на камерната честота до 60 - 80/мин в покой и < 110/мин при леки физически натоварвания с бета-блокери, Са-антагонисти от верапамилев тип или дигиталис;
- задължително се извършва трансезофагеална ЕхоКГ, която да изключи възможен ембологенен източник от сърцето и големите съдове, в планов порядък се прави опит за възстановяване на синусов ритъм чрез медикаментозно или електрическо кардиоверзия;
- при възстановен синусов ритъм антикоагулантното лечение трябва да продължи поне още 3 (4) седмици или по-дълго, съобразно оценката на емболичния риск;
- уточнява се необходимостта от поддържащото антиаритмично и антикоагулантно лечение при всеки конкретен пациент.

Противорецидивно лечение на ПМ: бета-блокери, дигиталисови препарати и/или Са-антагонисти от верапамилев тип (в зависимост от подлежащото сърдечно заболяване). Антиаритмична профилактика не се налага при първи пристъп от предсърдно мъждене. Verapamil и дигиталис не се прилагат при предсърдно мъждене и WPW- синдром!

При пациенти с висок емболичен риск или при риск от проаритмии, както и при пациенти с висока вероятност за рецидив на аритмията следва да се обсъди започването на дългосрочно лечение за контрол на камерната честота, съчетано с дългосрочно антикоагулантно лечение.

Камерни аритмии

Камерни тахикардии

Прекъсване на пристъп от мономорфна камерна тахикардия:

При **нестабилна хемодинамика** и/или **висока камерна честота > 180/мин**: спешно електрокардиоверзио със 50-360 J.

При **стабилна хемодинамика** и **камерна честота < 180/мин**: медикаментозно прекъсване на пристъпа.

При липса на ефект:

Електрокардиоверзио;

Супресивен камерен пейсинг.

Прекъсване на пристъп от камерна тахикардия с удължен QT-интервал > 0,44 sec (тип Torsades de Pointes):

Магнезиев сулфат 2 g i.v. за 2-3 min с последваща инфузия в доза 2-20 mg/min за 24 часа.

Инфузия с Калиев хлорид.

Временен пейсинг.

При вродена форма на удължен QT-интервал със синкопална симптоматика:

Бета-блокери.

Кардиовертер-дефибрилатор.

Лечение на сърдечен арест (cardiac arrest)

При **безпулсова електрическа активност (електромеханична дисоциация, ЕМД)** - лечението се състои в непрекъсната кардиопулмонална ресусцитация (КПР) и отстраняване на причините, довели до ЕМД.

Непрекъсната КПР.

Интубация с апаратна вентилация.

Вливания на течности (0,9% натриев хлорид, рингеров разтвор и др.) до коригиране на евентуалната хиповолемия.

Отстраняване на коригируемите причини.

Електрическа дефибрилация или електрокардиостимулация.

Медикаментозно лечение (атропин, адреналин, натриев бикарбонат и др.).

КПР се прекъсва, когато в продължение на около 30 минути не се възстанови спонтанно дишане и сърдечна дейност, съзнанието е дълбоко нарушено, зениците са трайно разширени и не реагират на светлина.

Брадикардии

Принципно лечение на брадикардиите:

При поява на симптоматика в резултат на брадикардии, първоначално се започва медикаментозно лечение.

Ако въпреки това не се постигне оптимално ускоряване на СЧ, то трябва да се постави временен кардиостимулатор до овладяване на остро състояние.

През следващите часове до дни трябва да се обсъди необходимостта от имплантирането на постоянен кардиостимулатор.

Медикаментозно лечение: Atropinum sulfuricum 0,5-1 mg i.v.

Индикации за имплантиране на временен електрокардиостимулатор:

- Високостепенна симптоматична синусова брадикардия.

- Пълнен A-V блок с камерна честота под 40 уд в мин. с MAC синдром.
- Пълнен A-V блок с изразена брадикардия, с хемодинамична значимост.
- Сърдечен арест.
- Сърдечни паузи над 3 сек с MAC синдром.
- Тахи-бради синдром с MAC синдром.
- Погасяване на медикаментозно резистентни камерни или надкамерни тахикардии.
- Симптоматична брадиаритмия при предсърдно мъждене.

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.

Съобразно клиничната картина и ЕКГ.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на хемодинамиката;
- възстановен синусов ритъм или нормализирана сърдечна честота при предсърдно мъждене/трептене;
- овладяване на симптоматиката;
- уточняване на терапията.

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/детска 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 епикризата.

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”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата в отговор на постоянната и/или временна кардиостимулация:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж Идентификационен номер ☐ ЕГН ☐ ССН ☐ ЛНЧ ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) дата на раждане код на държава име, презиме и фамилия по лична карта Адрес: гр.(с) ул. №. ж.к. бл. вх. тел.	ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ: ☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ име на лечебното заведение име и фамилия на лекаря
--	--

Клинична пътека	№.
Диагноза:	МКБ
дата на приемане: 	из:
дата на операцията: 	Пациент: (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ и № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
Обща стойност:							

дата на изписване: 	
Директор на лечебното заведение: подпис и печат на лечебното заведение Лекар, вложил МИ: фамилия, подпис	

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

РИТЪМНИ И ПРОВОДНИ НАРУШЕНИЯ

Нарушенията на сърдечния ритъм могат да се проявят във всяка възраст от периода на новороденото до края на живота. Някои от тях могат да са напълно асимптомни и да се открият случайно. Други влошават качеството на живота, имат инвалидизиращ ефект или могат да са причина за внезапна смърт. В над 50 % не се открива предизвикваща причина. В останалите случаи те са израз на вродено или придобито сърдечно заболяване, вкл. след сърдечна операция или да са израз на заболяване на други органи и системи. Когато няма изразена симптоматика или симптоми, заплашващи живота, ритъмните и проводните нарушения могат да се изясняват и лекуват успешно амбулаторно. В противен случай се налага планова или спешна хоспитализация.

Възстановяването на нормалния ритъм се постига по медикаментозен или електрически път. Ако се наложи възстановяване на сърдечния ритъм с електрически ток манипулацията се извършва под обща анестезия след предварителна подготовка (планово) или в условия на спешност (спешно). При предсърдно мъждене и предсърдно трептене (чести нарушения на сърдечния ритъм) се налага продължителна антикоагулантна терапия със съответен лабораторен контрол.

Когато са налице проводни нарушения (бавен пулс) може да се наложи поставянето на трансвенозен временен и/ или постоянен кардиостимулатор (малък електронен уред, който стимулира сърцето да се съкращава с необходимата честота).

След изписване от болницата обикновено се налага продължително приемане на медикаментозно лечение и евентуално на други медикаменти насочени срещу възвръщане на ритмно-проводното нарушение или настъпилите усложнения. В избрани случаи, при които медикаментозното лечение не е достатъчно ефективно, могат да се обсъдят индикациите за интервенционално лечение – имплантиране на кардиостимулатор, кардиовертер-дефибрилатор, електрофизиологично изследване и радиофреквентна аблация.

Всички въпроси, които имате относно Вашето заболяване и неговото лечение, може да зададете на лекуващия си лекар.