

КП № 33 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА РИТЪМНИ И ПРОВОДНИ НАРУШЕНИЯ

1. Минимален болничен престой - 2 дни

2.1 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)

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

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

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

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

11709-00 Амбулаторен непрекъснат холтер електрокардиографски запис

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

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:

ПКК

креатинин

Електролити

Скорост на гломерулна филтрация (eGFR); TSH – по преценка

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

По преценка:

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

91910-39 Клинично-химични изследвания за магнезий

По преценка:

1931 Хормонални изследвания

91925-01	Изследване на хормон TSH
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
	Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър <i>Не включва:</i> 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
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 <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант <i>Виж допълнителни знаци</i> <i>Кодирай също когато е направена:</i> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
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 <i>Кодирай също когато е направена:</i> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])	
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92052-00	Кардиопулмонална ресуситация
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
13400-00	Кардиовезия Дефибрилация Сърдечен електрошок Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация <i>Не включва:</i> съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92055-00	Друга конверсия на сърдечен ритъм
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92053-00	Затворен гръден сърдечен масаж Сърдечен масаж БДУ Външен ръчен сърдечен масаж
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92054-00	Стимулация на каротиден синус
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 (11709-00) или (11700-00); (55113-00 или 55118-00); (91910-04, 91910-13, 91910-33, 91910-38 – по преценка, 91910-39 по преценка, 91925-01 – при необходимост), и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1931-Хормонални изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от трите блока, с изключение на тези по преценка и при необходимост и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването: Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: ПМК; креатинин; Електролити; Скорост на гломерулна филтрация (eGFR), TSH – по преценка.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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.

При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код 38256-00 или 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” 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 ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. 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

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

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.

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.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицинска структура, осъществяваща дейност в обхвата на медицинската специалност "Анестезия и интензивно лечение" най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти 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.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение при пациенти с:

- 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 м/сек, 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, МАС синдром);
- планово кардиоверзио при предсърдно мъждене/трептене;

- за диагностично и терапевтично уточняване при често рецидивиращи камерни/надкамерни аритмии и симптоматични брадикардии.

56. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

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:

Електрокардиоверзия 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 радиочрезкатна 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.

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина и ЕКГ.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

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

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

КОД НЗОК	Код проце- дура/Код аустралийска	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на
-------------	--	---	--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------

	спецификация			заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека			закупуване от ЛЗ
Обща стойност:							

дата на изписване:

ден

месец

година

ДОКУМЕНТ № 4

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.