

КП № 32 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА

КП № 32.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 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 каторевматична (I09.2)

I31.0 Хроничен адхезивен перикардит

Accretiocordis

Сраснал перикард

Адхезивенмедиастиноперикардит

I31.1 Хрониченконстриктивен перикардит

Concretiocordis

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 лупусеритематодес (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)
- Исхемична 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).

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

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

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

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

1926 Микробиологични изследвания

- 92184-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за бактериална намазка
- 92184-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура
- 92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

- 92184-06 Микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба за хистология
- 92184-05 Микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и храчка за клетъчен блок
- 91928-00 Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от храчка
- 92184-07 Друго морфологично изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и храчка

Включва следния медико-диагностичен пакет:
Пълна кръвна картина
Биохимични показатели-креатинин, трансаминази
Серологични изследвания – при необходимост

1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
1924 Биохимична изследвания	
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
При необходимост:	
1929 Вирусологични изследвания	
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-01	Серологично изследване на IgM антитела за рубеола Включва: при бременни
91922-02	Серологично изследване на IgM антитела за морбили Включва: при бременни
91922-03	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатит А вирус
91922-04	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус
91922-05	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBeAg на хепатитен В вирус
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус
91922-07	Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
91923-10	Изследване за Chlamydia
91913-00	Серологично изследване на кръв за Васерман
91913-02	Серологично изследване за сифилис
91911-00	Вземане на биологичен материал за серологични и вирусологични изследвания
91911-19	Други вирусологични изследвания
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	
Дренаж на сърце	
38359-00	Перикардиоцентеза

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противинфекциозен 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])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противинфекциозен 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, противинфекциозен агент

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])

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 едната е задължително 11700-00; 55113-00 или 55118-00— по преценка на лекуващия лекар само за 55118-00; 91910-04, 91910-05, 91910-19, 91910-26, 91910-27, 91910-28, 91910-33, при необходимост - 91922-00, 91922-01,

91922-02, 91922-03, 91922-04, 91922-05, 91922-06, 91922-07, 91923-10, 91913-00, 91913-02, 91911-00, 91911-19, и една основна терапевтична процедура. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1929 - Вирусологични изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването. Включва следния медико-диагностичен пакет: Пълна кръвна картина; Биохимични показатели-креатинин, трансаминази; Серологични изследвания – при необходимост.

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.

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 второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

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, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

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

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

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

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.

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 "Анестезиология 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:

- клинични, рентгенологични и ехографски данни за перикарденизлив;
- клинични, рентгенологични и ехографски данни за миокардит;
- клинични, рентгенологични и ехографски данни за кардиомиопатия (КМП);
- рецидив на заболяването (миокардит, перикардит, КМП) след проведено оптимално лечение.

ЛЗ задължително осъществява ЕхоКГ и други методи на образно и друго инструментално изследване за диференциране на състоянията.

Функционална класификация на NYHA (New York Heart Association):

Клас	Описание
Клас I	Без ограничения на физическата активност; обичайната активност не причинява симптоми
Клас II	Леки ограничения; симптоми при по-усилена физическа активност
Клас III	Значителни ограничения; симптоми при по-малка физическа активност

Клас	Описание
Клас IV	Симптоми в покой; всяка активност причинява дискомфорт

Допълнителни критерии за тежест:

- **Фракция на изтласкване (EF)** на лявата камера (нормално > 55%)
- Наличие на **задръжка на течности**, оток
- Ниво на **BNP/NT-proBNP** (маркери за сърдечна недостатъчност)
- Честота на **аритмии**
- Преживяемост и нужда от **хоспитализации**

2. Перикардни заболявания (Перикардит, Перикарден излив, Констриктивен перикардит)

Критерии за тежест:

Степен	Характеристики
Лека	Леко възпаление на перикарда, минимални симптоми, без перикарден излив или с малък излив
Умерена	Симптоми като болка в гърдите, умерен излив, ЕКГ промени, лека сърдечна дисфункция
Тежка	Голям перикарден излив, признаци на сърдечна тампонада, хемодинамична нестабилност, или констрикция на сърцето

Степента на тежест при заболявания на миокарда и перикарда се определя **индивидуално** и често изисква мултидисциплинарен подход: кардиологичен преглед, ехокардиография, ЕКГ, лабораторни и образни изследвания.

Референтни нива на BNP и NT-proBNP при различни степени на сърдечна недостатъчност:

NYHA клас	BNP (pg/mL)	NT-proBNP (pg/mL)	Клинично значение
Клас I	< 100	< 300	Без симптоми или леки – нормално или леко повишени
Клас II	100 – 300	300 – 900	Леки до умерени симптоми
Клас III	300 – 700	900 – 1800	Умерено до тежко нарушение на сърдечната функция
Клас IV	> 700	> 1800	Тежка сърдечна недостатъчност, често със симптоми в покой

Стойностите варират според възрастта, бъбречната функция и други съпътстващи заболявания.

NT-proBNP се повишава и при хронична бъбречна недостатъчност, дори при липса на сърдечна недостатъчност.

При **остра сърдечна недостатъчност**, стойностите могат да са значително по-високи (NT-proBNP > 5000 pg/mL).

За изключване на сърдечна недостатъчност при остри симптоми:

- BNP < 100 pg/mL
- NT-proBNP < 300 pg/mL → много ниска вероятност за СН

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.

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 перикарденизлив 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 – антистрептолизинов 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.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

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

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:

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

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.

8. 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/лечение по амбулаторни процедури“* - 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/лечение по амбулаторни процедури“*- 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”*.

ДОКУМЕНТ № 4

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 рядко 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 перикарденизлив 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.