

Bērnš ar garo QT sindromu

Klīniskais ceļš

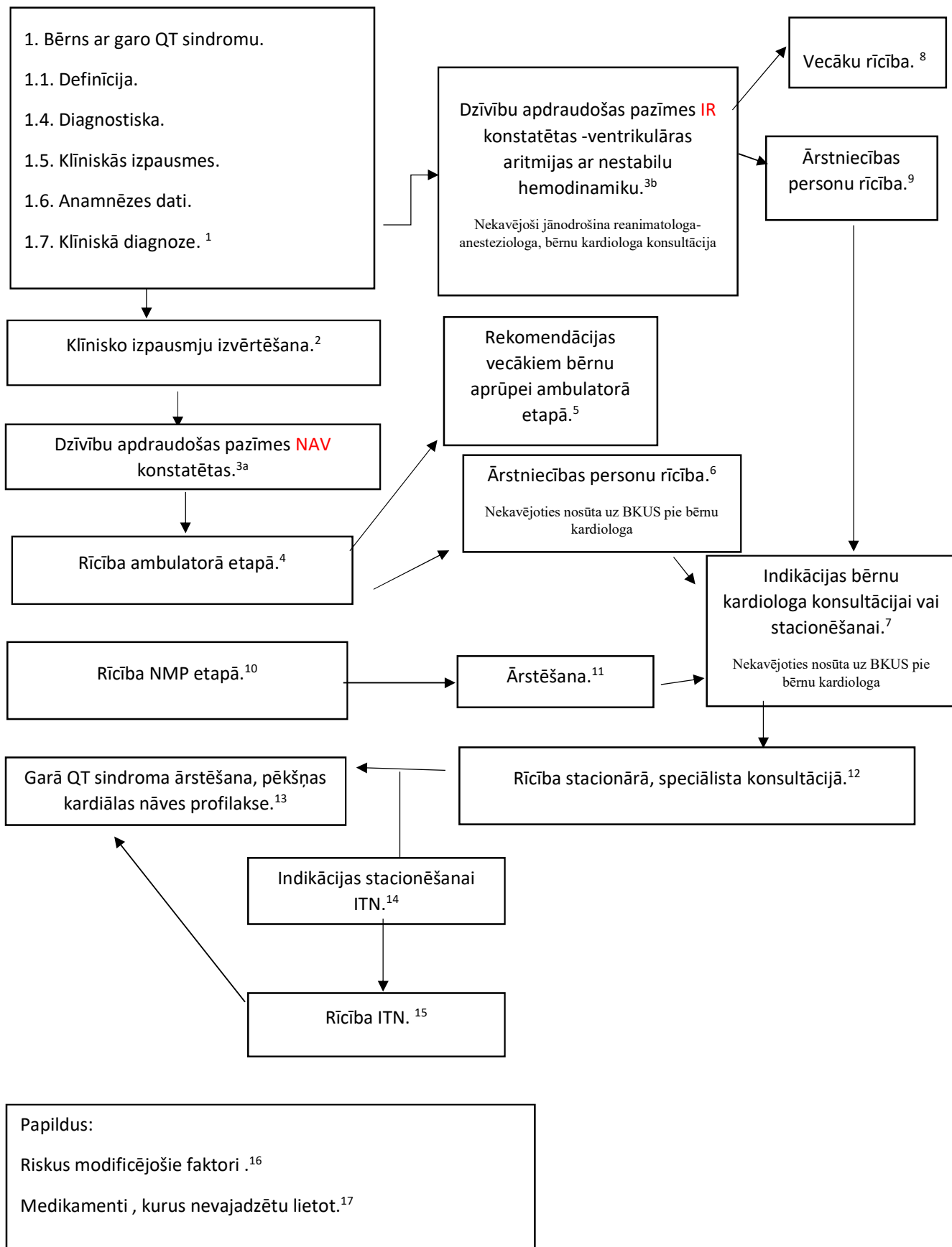
Autori: Asoc. prof. Ingūna Lubaua

Doc. Inga Lāce

Dr. Baiba Matsate – Matsone

Dr. Pauls Sīlis

Klīniskais ceļš: “ Bērns ar garo QT sindromu”



¹ – Jebkura ārstniecības persona, ikdienas praksē saskaroties ar bērnu, kuram, balstoties uz iepriekš izdarītu izmeklējumu rezultātu (diagnostika KA1.4), klīnisko izpausmju (KA1.5) un anamnēzes datu (KA1.6) interpretāciju, pastāv aizdomas par garo QT sindromu (definīcija KA1.1), formulē sākotnējo klīnisko diagnozi (KA1.7) un, neatkarīgi no slimības izpausmju rakstura, primāri nosūta pacientu tālākai izmeklēšanai un diagnozes apstiprināšanai (diagnostiskie kritēriji KA1.4) pie bērnu kardiologa.

² – jebkurš veselības aprūpes pakalpojumu sniedzējs, pie kura vērsies pacients ar aizdomām par garo QT sindromu vai jau apstiprinātu diagnozi, veic klīnisko izpausmju izvērtēšanu (KA1.5), kas nosaka tālākās rīcības taktiku, rīcības steidzamību.

^{3a} - nekonstatējot dzīvību apdraudošas izpausmes, jebkura ārstniecības persona pacientam un/vai vecākiem, ir tiesīga sniegt rekomendācijas par tālāko rīcību ambulatorajā etapā (KA2.2), nosūtīt pacientu uz pamata izmeklējumiem, veicot diferenciāldiagnostiku, uzsākot ārstēšanu nozīmētajā ambulatorā etapa apjomā un veic izglītojošu darbu ar vecākiem.

⁴ - nekonstatējot dzīvību apdraudošas izpausmes, jebkura ārstniecības persona pacientam un/vai vecākiem, ir tiesīga sniegt rekomendācijas par tālāko rīcību ambulatorajā etapā (KA2.2), nosūtīt pacientu uz pamata izmeklējumiem, veicot diferenciāldiagnostiku, uzsākot ārstēšanu nozīmētajā ambulatorā etapa apjomā un veic izglītojošu darbu ar vecākiem.

⁵ – līdz turpmākai bērnu kardiologa konsultācijai un diagnozes uzstādīšanai, garā QT sindroma komplikāciju profilaksei vecāki tiek informēti par bērna ar iespējamā ģenētiskā sindroma aprūpi ambulatorajā etapā (KA2.2.6).

⁶ – ārstniecības personas ievāc rūpīgi anamnēzes datus (KA2.1.1), veic klīnisko izvērtējumu (KA2.2.1), nozīmē papildus izmeklējumus (KA2.2.2), veic diferenciāldiagnostiku (KA2.2.5) un klīniskās diagnozes uzstādīšanu (KA1.7). Klīniskajai diagnozei atbilstot garā QT sindromam, ārstniecības persona nosaka pacientam pamata ārstēšanas apjomu (KA2.2.3), kas paredzēta ambulatorajā etapā un nekavējoties nosūta uz BKUS pie bērnu kardiologa.

⁷ – ārstniecības persona, kas veikusi 6. Vai 10.punktā minētās darbības, izvērtē indikācijas bērnu kardiologa konsultācijai vai stacionēšanai (KA2.2.7) un attiecīgi rīkojas - nekavējoties nosūta uz BKUS pie bērnu kardiologa .

^{3b} – konstatējot pacientam norītošu ventrikulāru aritmiju ar nestabilu hemodinamiku un tās radītās klīniskās izpausmes (KA1.5, KA2.7), jāveic nekavējoša rīcība – jānodrošina reanimatologa-anesteziologa, bērnu kardiologa konsultācija .

⁸ – vecāku rīcība gadījumā, kad tiek konstatētas dzīvību apdraudošas pazīmes (KA2.7), notiek atbilstoši vispārpieņemtajam kardiopulmonālās rīcības algoritmam bērniem un nekavējoši tiek izsaukta neatliekamā medicīniskā palīdzība.

⁹ – ārstniecības personas rīcība ventrikulāru aritmiju ar nestabilu hemodinamiku gadījumā ir atbilstoša vispārpieņemtajam kardiopulmonālās reanimācijas pamata vai padziļinātajām atdzīvināšanas algoritmam bērniem. Uzsākot medikamentozu ārstēšanu pacientam ar aizdomām par garo QT sindromu vai jau zināmu diagnozi, jāņem vērā specifiski medikamentozās ārstēšanas nosacījumi (KA2.3.3).

¹⁰ – ārstniecības persona NMP etapā sastopoties ar pacientu, kuram ir apstiprināta garā QT sindroma diagnoze vai pastāv aizdomas par šo diagnozi, veic klīnisko izvērtējumu (KA2.3.1), nozīmē izmeklējumus (KA2.3.2) un veic diferenciāldiagnostiku (KA2.3.5), secīgi pieņemot

lēmumu par ārstēšanu (KA2.3.3) un nosakot indikācijas observēšanai (KA2.3.6) vai stacionēšanai un speciālista konsultācijai (KA2.3.7).

¹¹ – ārstniecības persona NMP etapā pieņem lēmumu par nepieciešamo ārstēšanu (KA2.3.3).

¹² – stacionārā pacienta ārstēšanā, atbilstoši indikācijām, piesaista bērnu kardiologu, kurš izdara klīnisku pacienta izvērtēšanu (KA2.5.2), veic/pieņem lēmumu par padziļinātiem izmeklējumiem (KA2.5.3), citu ārstniecības speciālistu piesaisti, uzstāda diagnozi un nosaka ārstēšanas apjomu.

¹³ – bērnu kardiologs pacientam individuāli, izvērtējot iepriekš veiktos izmeklējumu rezultātus, klīniskās izpausmes un anamnēzes datus, nosaka ārstēšanas apjomu: gan nemedikamentozās ārstēšanas taktiku (KA2.5.4), gan medikamentozu vai citu specifiskas ārstēšanas metožu pielietošanu (KA2.5.4) ar mērķi nodrošināt vislabāko pēkšņas kardiālas nāves profilaksi (KA2.5.6).

¹⁴ – pacientam ar noritošiem dzīvību apdraudošiem sirds ritma traucējumiem vai pēc veiktas kardiopulmonālas reanimācijas, indicēta stacionēšana ITN (KA2.3.8), nekavējošas ārstēšanas nodrošinājumam, padziļinātu izmeklēšanu veicot pēc vispārējā stāvokļa stabilizācijas.

¹⁵ – ITN tiek sniegta nekavējoša palīdzība, vadoties pēc vispārpieņemtā kardiopulmonālās reanimācijas algoritma un nodrošināta medikamentozā ārstēšana (KA2.4.4). Stabilizējot pacienta vispārējo stāvokli, turpmākā rīcība atbilstoši 12., 13. punktam.

¹⁶ – veiksmīgai bērnu ar garo QT sindromu ārstēšanai un pēkšņu fatālu kardiālu notikumu iespējamības mazināšanai, jāievēro nosacījumi par riskus modificējošiem faktoriem (KA2.9).

¹⁷ - modificējamo riska faktoru grupa – medikamenti (KA2.8).

Pakalpojuma apmaksu sk.algoritmā.