

Klīniskais ceļš - supraventrikulāras tahikardijas

Paroksismāla šauru QRS kompleksu TAHIKARDIJA – sirdsdarbības frekvence > 90 x'

Pacients hemodinamiski stabils, ar saglabātu kontaktu,
saglabātu samaņu, nav bijušas samaņas zuduma epizodes

JĀ

NĒ

Vagālie manevri: elpošanas aizture, izelpa ar pretestību, vemšanas
reflekss

NMPD, elektriskā
kardioversija, NMC
etaps. Ritma atjaunošana
un stabilizācija

Lēkme kupēta

Lēkme nav kupēta

Specializēts Kardioloģijas
centrs, aritmologa
kompetence:
Attēldiagnostika (EHO-kg,
MRI) elektrpfioloģiskie
izmeklējumi, iespējama
katetrablācija. Neskaidros
gadījumos ģenētikas testi.

Ambulatorais kardiologs

NMPD, farmakoloģiskā
jeb elektriskā
kardioversija, NMC
etaps. Ritma atjaunošana
un stabilizācija

Aritmologs

Aritmijas mehānisma precizēšana

Ekstrakardiāla
ģenēze

Kardiāla ģenēze: re-entry jeb fokāls
mehānisms

Atbilstošā speciālista
kompetence

1.izvēle
Radiofrekvences /
kriotehnikas
katetrablācija

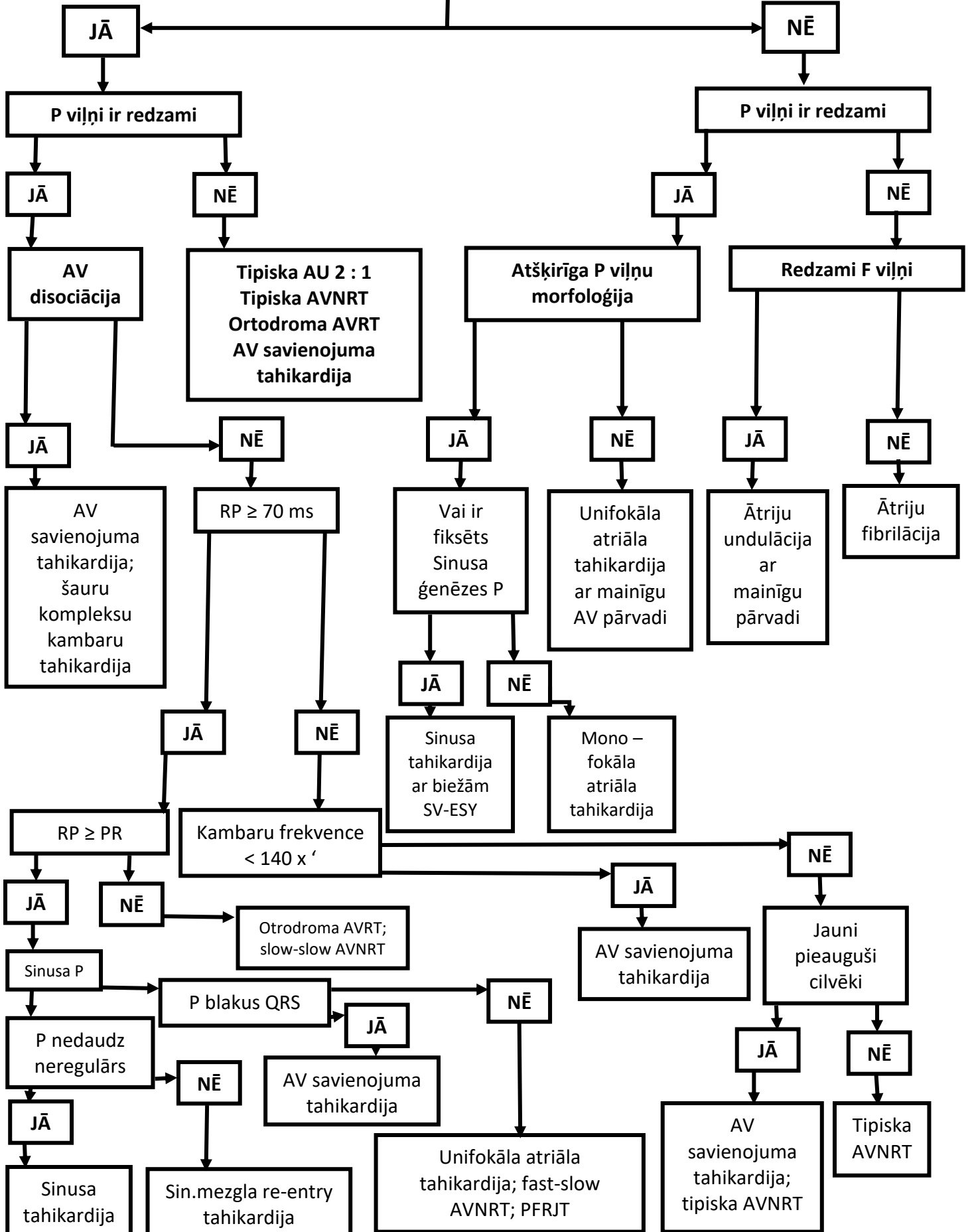
2.izvēle.
Farmakoterapija*

Ambulatorā kardiologa kontrole un novērošana.
Recidīvu gadījumos atkārtota aritmologa konsultācija

N.B.! Visos gadījumos nepieciešams aritmijas laikā veikt EKG pierakstu un to saglabāt!

**Paroksismāla Šauru QRS kompleksu TAHIKARDIJA, QRS < 120 msek-
elektrokardiogrāfiska ritma identifikācija**

Tahikardija regulāra. R-R intervāli ir regulāri.



Saīsinājumi :

AF –	ātriju fibrilācija
AU –	ātriju undulācija
AVNRT –	Atrioventrikular nodal re-entrant tachycardia (AV nodāla re-entry tipa tahikardija)
AVRT –	atrioventricular reciprocating tachycardia (atrioventrikulārā reciprokā tahikardija)
PRJT -	Permanent Reciprocating Junctional Tachycardia

)* - komentārs pie supraventrikulāro aritmiju ārstēšanas izvēles taktikas. 1.izvēle atbilstoši gan Eiropas, gan ASV un Kanādas, gan Āzijas un Dienvidamerikas profesionālo asociāciju vadlīnijām ir nemedikamentoza ārstnieciskā pieeja – katetrablācija (vai nu ar radiofrekvences enerģiju, jeb aukstuma (kriotehnika) pielietojumu invazīvā ceļā. Atsevišķās situācijās, ja pacienti nepiekrīt katetrablācijas veikšanai dažādu apsverumu dēļ jeb pastāv situācijas, kurās šīs metodes pielietojums var radīt potenciālus riskus (ehogēnas struktūras sirds dobumos, īss laiks pēc endokardītiem, grūtniecība) vai arī aritmiju epizodes ir ļoti retas, iespējama 2.izvēle – farmakoterapija. Lēmēm paliekot biežākām, tām radot klīniskas problēmas jeb pacientam piekrītot veikt katetrablāciju, saskaņojot taktiku ar speciālistiem, no farmakoterapeitiskas ārstēšanas pāriet uz nefarmakoloģisko ārstēšanu – katetrablāciju. Salīdzinošā ilgtermiņa efektivitāte SVT gadījumos katetrablācijā, ir 97.5% (R.Vilde un līdzaut., ziņojums NBCC 2019.gada kongresā).

Visi klīniskajā ceļā ietvertie veselības aprūpes pakalpojumi ir apmaksāti no valsts budžeta līdzekļiem

Informācija pacientam

Pēcprocedūru ārstnieciskā taktika un kontroļu biežums pacientiem tiek norādīts izrakstos no stacionāra jeb slēdzienos katra pacienta ambulatoro izmeklējumu dokumentos. Šie dati katram pacientam ir individuāli ambulatorajā praksē, pamatos standartizēti, izrakstoties no stacionāra pēc dažādām aritmiju ārstēšanas procedūrām un manipulācijām un tiek atainoti medicīniskajā dokumentācijā, kuru saņem pacients izrakstoties no stacionāra. Viens eksemplārs paliek pacienta rīcībā, otrs nogādājams ģimenes ārstam, tādējādi abas puses redz tālākās rekomendācijas ran režīma, gan kontroļu, gan arī medikamentu pielietošanā.

Pacientu informatīvie materiāli par dažādām ārstnieciskajām procedūrām un manipulācijām, kuras vērstas pret sirds ritma traucējumiem ar nolūku tos likvidēt vai koriģēt, ir pieejami praktiski jebkurā stacionārajā un ambulatorajā medicīnas iestādē bukletu un izdales materiālu formā kā arī interneta vietnē : <http://www.kardiologija.lv/lv/pacientiem/parbaudiet-sirds-veselibu-1-dienas-laika/>

Autori nerekomendē pacientiem meklēt datus dažādās vietnēs un avotos, kuriem nav tiešas saiknes ar Latvijas Kardiologu biedrību, jo tajos var būt sagrozīta jeb nepareizi traktēta informācija, kura pacientam var nodarīt kaitējumu. Internetā atrodamā informācija, kura it kā ir saistīta ar citu valstu universitātēm, nereti ir tulkota ar automātisko tulkošanas iekārtu jeb tulkojums ir neprofesionāls un nav adekvāti uztverams.

Autors kardiologs prof.Oskars Kalējs un darba grupa kardiologa prof.Andreja Ērgļa un kardiologa prof.Oskara Kalēja vadībā: kardiologs Kaspars Kupics; kardioloģe Krista Lesiņa, ārsts Vilnis Dzērve; ģimenes ārste Ilze Aizsilniece.