DZIAŁ X - Układ krążenia

1	2	3	4	5	6
43	1	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności serca (NYHA I)	N	B	N
	2	Choroby mięśnia sercowego w okresie wydolności serca (NYHA I i II)	N	B	N
	3	Niewydolność serca (NYHA III i IV)	N	D	N
	4	Choroba niedokrwienna serca stabilna	N	B	N
	5	Choroba niedokrwienna serca podwyższonego ryzyka	N	B/D	N
	6	Zaburzenia rytmu, przewodzenia i automatyzmu łagodne	Z/N	B	N
	7	Zaburzenia rytmu, przewodzenia i automatyzmu poważne	N	B/D	N
	8	Wady wrodzone serca i wielkich naczyń nie skorygowane lub niedostatecznie skorygowane	N	B/D	N
	9	Wady wrodzone serca i wielkich naczyń całkowicie skorygowane	Z/N	B	N
	10	Wady zastawkowe serca i wielkich naczyń łagodne	Z/N	B	N
	11	Wady zastawkowe serca i wielkich naczyń zaawansowane	N	D	N
	12	Zespół wypadania płatka zastawki dwudzielnej	Z/N	B	N
	13	Choroby wsierdzia	N	B	N
	14	Choroby osierdzia	N	B	N
	15	Omdlenia i utraty świadomości	N	B/D	N
	16	Inne choroby serca i objawy chorób serca	Z/N	B/D	N
44	1	Nadciśnienie tętnicze łagodne i umiarkowane	N	B	N
	2	Nadciśnienie tętnicze ciężkie i bardzo ciężkie	N	D	N
	3	Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych nie upośledzające sprawności ustroju	Z	B	N
	4	Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych nieznacznie i znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	D	N
	5	Choroby naczyń żylnych znacznie upośledzające sprawność ustroju	N	D	N
	6	Inne choroby naczyń upośledzające sprawność ustroju	N	B/D	N
	7	Przewlekłe leczenie przeciwzakrzepowe	N	B/D	N

Objaśnienia szczegółowe

§ 43 pkt 1 - 3. Obejmuje kardiomiopatię a także badanych po niedawno przebytym ostrym zapaleniu mięśnia sercowego (12 m-cy).

pkt 3. Ocenia się na podstawie obecności obiektywnych cech dysfunkcji serca /głównie w badaniu echokardiograficznym/ w powiązaniu z klasą niewidolności serca - II, III lub IV - wg NYHA/ New York Heart Association/.

pkt 4. Rozpoznanie ustala się w oparciu o ocenę objawów choroby oraz pogłębionej diagnostyce.

pkt 5. Do grupy podwyższonego ryzyka zalicza się pacjentów , u których : (1)- dławica znacznie ogranicza lub uniemożliwia zwykłą aktywność fizyczną- III lub IV klasa wg CCS (Canadiun Cardiovascular Society), a ponadto stwierdza się istotne zmiany w badaniach dodatkowych : (2)- dodatni test wysiłkowy EKG z ograniczeniem tolerancji wysiłku i/lub (3)- w badaniu echokardiograficznym - cechy upośledzenia funkcji lewej komory z frakcją wyrzutową poniżej 40%, (4)- w badaniach obciążeniowych /próba echokardiograficzna lub scyntygraficzna/- zaburzenia kurczliwości lub ubytki perfuzji mięśnia sercowego oraz rozstrzeń lewej komory, (5)- w badaniu rtg klatki piersiowej -powiększenie sylwetki serca i cechy zastoju płucnego, (6)- w koronorografii obecność choroby wielonaczyniowej.

Pacjentów po przebyciu ostrego zespołu wieńcowego /zawał serca, niestabilna dławica piersiowa/ ocenia się wg aktualnego stanu choroby wieńcowej.
Pacjentów po zabiegach rewaskularyzacyjnych /PCI, CABG/ ocenia się wg aktualnego stanu choroby wieńcowej oraz ewentualnej konieczności przewlekłego stosowania leków pozakrzepowych.

pkt 6. Zaburzenia bezobjawowe, nie powodujące zaburzeń hemodynamicznych, nie upośledzające wydolności fizycznej, nie stanowiące potencjalnego zagrożenia, nie wymagające leczenia - po wykluczeniu choroby serca przy pomocy badań pomocniczych /badanie echokardiograficzne i test wysiłkowy EKG/. Tu kwalifikuje się też stwierdzane w przeszłości arytmie.
Nieliczne pobudzenia przedwczesne nadkomorowe, nieliczne pobudzenia przedwczesne komorowe, bloki przedsionkowo-komorowe I stopnia z wąskimi zespołami komorowymi, izolowane bloki jednowiązkowe, izolowany niepełny blok prawej odnogi pęczka Hisa, niewielka bradykardia lub tachykardia u ludzi młodych mogą być traktowane jako wariant normy.

pkt 7. Zaburzenia nawracające, objawowe, powodujące istotne objawy hemodynamiczne, wymagające leczenia, potencjalnie niebezpieczne, upośledzające wydolność fizyczną.

pkt 8 i 9. Decyduje aktualny stan wydolności krążenia.

pkt 10. Bezobjawowe, nie powodujące istotnych zaburzeń hemodynamicznych, nie upośledzające wydolności fizycznej.

pkt 11. Objawowe, powodujące istotne zmiany hemodynamiczne, z powikłaniami, upośledzające wydolność fizyczną.
Pacjentów po leczeniu operacyjnym /wymiana zastawki- zastawek/ i innych zabiegach naprawczych należy kwalifikować zależnie od aktualnego stanu hemodynamicznego i stosowanego leczenia przeciwzakrzepowego.

pkt 12. Wypadanie płatka/ płatków zastawki mitralnej bezobjawowe, bez zaburzeń rytmu, bez powikłań i bez niedomykalności mitralnej lub ze śladową jedynie jej niedomykalnością - nie kwalifikuje się jako dysfunkcji zastawki.

pkt 13. Dotyczy także (1) stanów po świeżo przebytym infekcyjnym zapaleniu wsierdzia u pacjentów z dużym ryzykiem nawrotu choroby oraz (2) okresu profilaktyki wtórnej gorączki reumatycznej.

pkt 14. Dotyczy także pacjentów po niedawno* przebytym ostrym zapaleniu, szczególnie pacjentów z dużym ryzykiem nawrotu.

pkt 15. Dotyczy zaburzeń pochodzenia sercowo- naczyniowego. Należy rozważyc ograniczenie co do kwalifikacji na zajmowanym stanowisku.

pkt 16. "Serca sportowca" nie kwalifikuje się jako stanu chorobowego, rozpoznaje się po wykluczeniu chorób serca .

Do § 44 pkt 1. Przy rozpoznawaniu nadciśnienia tętniczego u kandydatów do służby należy uwzględnić pomiary ambulatoryjne dokonywane przez pracowników służby zdrowia i inne badania np. pomiary całodobowe ciśnienia metodą Holtera, wynik badania Echo.

pkt 2. Dotyczy pacjentów z ciężkim, opornym nadciśnieniem tętniczym, utrzymującym się mimo intensywnego, kompleksowego leczenia, z towarzyszącą (1) chorobą sercowo - naczyniową /choroba niedokrwienna serca, niewydolność serca, udar niedokrwienny mózgu, krwotok mózgowy, napady przemijającego niedokrwienia mózgu/, (2) uszkodzenia nerek /niewydolność, białkomocz, nefropatia cukrzycowa/, (3) choroba tętnic obwodowych, (4) zaawansowaną retinopatią /okres III i IV wg K-W/. Długotrwałą cukrzycę traktuje się jako dodatkowo czynnik obciążający + należy wykonać badanie Echo serca.

Do § 44 pkt 3. Istnieje możliwość zmiany rodzaju służby w związku z ograniczeniami.

pkt 5. Dotyczy zakrzepowego zapalenia żył, zespołów pozakrzepowych.

pkt 7. Dotyczy także przewlekłego intensywnego leczenia przeciwagregacyjnego.

W przypadku stwierdzenia przez komisję ograniczeń bądź przeciwwskazań należy je umieścić w sentencji orzeczenia.