
ПРИЛОЖЕНИЕ № 17а

КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ

КП № 1 СТАЦИОНАРНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С ПОВИШЕН РИСК

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Кръвотечение в ранна бременност

Не включва: бременност, завършваща с аборт (O00—O08)

O20.0 Заплашващ аборт

Кръвотечение, уточнено като дължащо се на заплашващ аборт

Ексцесивно повръщане по време на бременността

O21.1 Hyperemesis gravidarum с метаболитни нарушения

Hyperemesis gravidarum, започваща преди края на 22-та гестационна седмица, с метаболитни нарушения като:

- изчерпване на въглехидратните запаси
- дехидратация
- нарушение на електролитния баланс

Медицински грижи за майката при установени или предполагаеми аномалии и увреждания на плода

Включва: изброените състояния на плода, представляващи основание за наблюдение, хоспитализация или други акушерски грижи за майката, както и за прекъсване на бременността

Не включва: медицински грижи за майката при диагностицирана или предполагаема пелвеофетална диспропорция (O33.—)

O36.3 Медицински грижи за майката при признаци за фетална хипоксия

Други нарушения на околоплодната течност и околоплодните мембрани

Не включва: преждевременно пукнат околоплоден мехур (O42.—)

O41.1 Инфекция на амниотичната кухина и околоплодните мембрани

Амнионит

Хориоамнионит

Преждевременно пукнат околоплоден мехур

O42.2 Преждевременно пукнат околоплоден мехур, задържане на родовата дейност след медикаментозна терапия

Лъжливо раждане

O47.0 Лъжливо раждане

Включва: заплашващо предтерминно раждане

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1341 Фетален мониторинг

16514-01	Външен мониторинг на плода
	Външна фетална кардиотокография [CTG]
	Фетален контрактилен стрес
	Фетален нонстрес тест

1943 Ултразвук на корем или таз	
55700-02	Ултразвук на корем или таз за други състояния, свързани с бременност Ултразвукова: • локализация на плацента • пелвиметрия Ултразвук на бременна матка БДУ
55700-00	Ултразвук за откриване аномалии на плода
55700-01	Ултразвук за измерване на фетален растеж <i>Включва:</i> фетална ултразвукова цефалометрия
1945 Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55729-01	Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия <i>Включва:</i> при оценка обем на амниотична течност
1296 Процедури за изследване на други гинекологични локализации	
35500-00	Гинекологичен преглед Палпация на: • фалопиеви тръби • яйчници • матка Тазов преглед Визуален и мануален преглед на: • шийка • влагалище • вулва <i>Не включва:</i> тези с други гинекологични процедури – пропусни кода
1926 Микробиологични изследвания	
91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура Антибиограма
1932 Изследвания на урината	
91920-12	Химично изследване на урина рН Белтък Билирубин Уробилиноген Глюкоза Кетони Относително тегло Нитрити Левкоцити Кръв
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-01	Изследване на уринен седимент
1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1923 Хематологични изследвания	
Включва: ПКК, хемостазеологични показатели-по преценка;	

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-08	Изследване на време на кръвене
91904-04	Изследване на фактори на коагулация фактор II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII
91904-05	Изследване на фактор на Вилебранд (von Willebrand)
91910-09	Изследване на протромбиново време
91904-02	Изследване на тромбиново време (ТТ)
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)
91910-11	Изследване на фибриноген
91913-04	Изследване на време на съсирване
1924 Биохимични изследвания	
Включва: биохимия (бъбречни и чернодробни показатели)	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16	Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
1929 Вирусологични изследвания	
Включва: серология – ако не е извършена в ИМП	
91913-00	Серологично изследване на кръв за Васерман
91911-29	Други серологични изследвания
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
1926 Микробиологични изследвания	
91919-12	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за бактериална намазка
91914-99	– Други морфологични изследвания
91919-14	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за култура и чувствителност
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки

13706-03	<p>Приложение на тромбоцити</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92061-00	<p>Приложение на кръвосъсирващи фактори</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	<p>Приложение на друг серум</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	<p>Приложение на кръвен експандер</p> <p>Разреждане на кръвта</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители • Dextran • Rheomacrodex
92064-00	<p>Приложение на друг кръвен продукт</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити
1884 Имунизация	
92173-00	<p>Пасивна имунизация с Rh (D) имуноглобулин</p> <p>Инжектиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anti-D (Rhesus) globulin • RhoGAM
1920 Приложение на фармакотерапия	
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96200-06	Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-06	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-11	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-11	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p>

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени **три** основни диагностични, от които едната задължително включва: ПКК (91910-04, 91910-07, 91910-11, 91913-04, 91910-08), биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-25, 91910-26, 91910-27), хемостазеологични показатели - по преценка; серология – ако не е извършена в ИМП и две основни терапевтични процедури, насочени към основната диагноза, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато болничния престой по тази КП е по-малък от минималния болничен престой и завърши със спонтанен аборт или аборт по медицински показания, случаят се отчита по КП № 4 "Преждевременно прекъсване на бременността".

Когато болничния престой по тази КП завърши с раждане, случаят се отчита по КП № 5 "Раждане".

„Аборт“ е загуба или прекъсване на бременност, преди плодът (плодовете) да отговарят на критериите по т. 13 от медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, утвърден с Наредба № 12 от 21.07.2014 г.

т.13 „Раждане“ е цялостна (включваща плод и плодни придатъци) експулсия или екстракция на плод, независимо дали е жив, или мъртъв, който отговаря на следните критерии:

а) телесна маса при раждането 800 и повече грама и/или гестационна възраст 26 и повече гестационни седмици;

б) телесна маса при раждането под 800 грама и/или гестационна възраст под 26 гестационни седмици-при условие, че плодът е роден жив и е живял поне 3 денонощия.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:
- трите имена и възрастта на пациента;

- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение I - во ниво на компетентност, (за диагнози с кодове O21.1, O36.3, O41.1 и O42.2 - най-малко на второ ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология“.

1. 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 акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория I ниво
4. Ехограф с необходимите трансдюсери
5. Рентгенова апаратура

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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. Лаборатория по клинична патология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология“;
- за диагнози с кодове **O21.1, O36.3, O41.1 и O42.2** - най-малко на второ ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология“:
- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по вътрешни болести.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология“;
- за диагнози с кодове **O21.1, O36.3, O41.1 и O42.2** - най-малко на второ ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология“:
- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар/и със специалност по детски болести.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика, лечение и наблюдение на бременни със:

За диагноза O20.0 “Заплашващ аборт”:

1. Генитално кръвотечение и болков синдром, уточнени като дължащи се на спонтанен аборт.

2. Гестационна възраст преди 26 г.с.
3. Поне един интраутеринно разположен жив плод, доказан ехографски.
4. Липса на клинични и други данни за риск от експулсия на плода (плодовете) в следващите 24 часа и преди 26 г.с.

За диагноза O21.1 "Hyperemesis gravidarum с метаболитни нарушения":

1. Анамнеза за ексцесивно повръщане.
2. Доказани метаболитни нарушения: хемоконцентрация, кетонурия, +/- нарушени показатели за чернодробната функция, +/- нарушени показатели за бъбречна функция, +/- нарушения в електролитния баланс.
3. Поне един интраутеринно разположен жив плод, доказан ехографски.

За диагноза O36.3 "Медицински грижи за майката при признаци за фетална хипоксия":

1. Клинични, ехографски данни и/или кардиотокографски признаци за интраутеринна хипоксия на плода (плодовете).
2. Гестационна възраст 26+ седмици.

За диагноза O41.1 "Инфекция на амниотичната кухина и околоплодните мембрани" и O42.2 "Преждевременно пукнат околоплоден мехур, задържане на родовата дейност след медикаментозна терапия":

1. Клинични и ехографски данни за загуба на околоплодна течност.
2. Гестационна възраст 26+ седмици.
3. Поне един интраутеринно разположен жив плод, доказан чрез ехография или кардиотокография.
4. Отсъствие на УЗ или други данни за фетални малформации, несъвместими с извънматочния живот.
5. Отсъствие на активна родилна дейност.
6. Отсъствие на клинични, лабораторни и други данни за септично състояние.

За диагноза O47.0 "Лъжливо раждане":

1. Клинични и/или токографски данни за регулярна активност (контракции) на маточния мускул, без клинична прогресия на раждането.
2. Гестационна възраст 26+ седмици.
3. Запазен околоплоден мехур.
4. Поне един жив плод, доказан чрез ехография или кардиотокография.
5. Отсъствие на УЗ или други данни за фетални малформации, несъвместими с извънматочния живот.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Диагностично- лечебния алгоритъм съдържа универсален пакет прилагащ се за всички диагнози и съответните допълнителни пакети лечебни процедури за всяка диагноза.

Универсален пакет:

- подробна анамнеза и статус при постъпването;
- гинекологичен преглед;
- УЗ - диагностика на бременна матка;
- провеждане консултация със специалист по преценка;
- изследване на кръв – ПКК; биохимия (бъбречни и чернодробни показатели – при индикации), хемостазни показатели – по преценка;
- анализ на урина (седимент);
- микроскопско изследване на проба от женски генитален тракт, амниотичен сак, фетус;
- мониториране на плода (след 26 г.с.)

При пациентка с кървене изследването на влагалищен секрет не е задължително.

Серологично изследване за сифилис (RPR или Васерман) – не е задължително, ако е извършено в извънболничната помощ.

За диагноза с код O20.0 “Заплашващ аборт” се спазва следния алгоритъм: универсален пакет и допълнителен пакет от лечебни процедури включващ:

- инжекция/инфузия на електролити
- и/или
- инжекция на антибиотик
- и/или
- инжекция/инфузия на друго вещество и прилагане на необходимите медикаменти.

За диагноза с код O21.1 “Hyperemesis gravidarum с метаболитни нарушения” се спазва следния алгоритъм: универсален пакет и допълнителен пакет, включващ:

- инжекция/инфузия на електролити
- и/или
- инжекция/инфузия на друго вещество и прилагане на необходимите медикаменти;
- парентерално хранене.

За диагноза с код O36.3 “Медицински грижи за майката при признаци за фетална хипоксия” се спазва следния алгоритъм: универсален пакет и допълнителен пакет включващ:

- инжекция/инфузия на електролити
- и/или
- инжекция на антибиотик
- и/или
- инжекция/инфузия на друго вещество и прилагане на необходимите медикаменти.

За диагноза с код O41.1 “Инфекция на амниотичната кухина и околоплодните мембрани” и O42.2 “Преждевременно пукнат околоплоден мехур, задържане на родовата дейност след медикаментозна терапия” се спазва следния алгоритъм: универсален пакет и допълнителен пакет включващ:

- инжекция/инфузия на електролити
- и/или
- инжекция на антибиотик
- и/или
- инжекция/инфузия на друго вещество и прилагане на необходимите медикаменти;
- инжекция на стероид.

За диагноза с код О47.0 "Лъжливо раждане" се спазва следния алгоритъм универсалния пакет и допълнителен пакет включващ:

- инжекция/инфузия на електролити

и/или

- инжекция на антибиотик

и/или

- инжекция/инфузия на друго вещество и прилагане на необходимите медикаменти.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на клиничната картина и параклиничните изследвания на кръв и урина.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- липса на генитално кървене

- жив плод

- отсъствие на маточна активност

- коректно попълнен фиш "Клинико-лабораторен минимум".

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

Към История на бременността и раждането (ИБР) на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

Към История на бременността и раждането (ИБР) № от
.....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

Дата

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО Корем: <input type="checkbox"/> мек <input type="checkbox"/> напрегнат <input type="checkbox"/> балониран <input type="checkbox"/> друго (опиши) Микция: <input type="checkbox"/> спонтанна, без резидуална урина <input type="checkbox"/> друго (опиши) Дефекация: <input type="checkbox"/> спонтанна, 1-2 пъти дневно <input type="checkbox"/> друго (опиши) Раздвижване: <input type="checkbox"/> ходи без чужда помощ <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
Аксиларна t°:	Пулс:	Перисталтика: <input type="checkbox"/> с обичаен интензитет <input type="checkbox"/> друго (опиши)
СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: <input type="checkbox"/> свалени конци <input type="checkbox"/> несвалени конци <input type="checkbox"/> зараснала per primam <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО: <input type="checkbox"/> отговаря на извършената операция, без данни за усложнения <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
КРЪВНА КАРТИНА: Hb Ht Er Leu	ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ: Вр. кървене Фибриноген	ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:
ДРУГИ ДАННИ:		

Лекуващ лекар:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в *История на бременността и раждането (ИБР)*
2. История на бременността и раждането (ИБР) и в част II на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури” - бл.МЗ-НЗОК №7.*
3. **ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ** – в *История на бременността и раждането (ИБР).*
4. **ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:**
“ История на бременността и раждането (ИБР)”; 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 *История на бременността и раждането (ИБР)*
5. **ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....)** – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“ История на бременността и раждането (ИБР)*

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Пreekламписията е усложнение на бременността, което включва всички форми на повишено кръвно налягане, наличие на отоци (основно на долните крайници) и белтък в урината. Това състояние възниква по-често при жени, бременни за първи път, при жени на възраст над 35 или под 17 години, жени с наднормено тегло или имали една бременност, усложнена с пreekламписия. Развива се обикновено във втората половина на бременността и много рядко в първата.

Понякога пreekламписията се проявява с болки в епигастралната област, гадене, повръщане, болки в дясното подребрие, рязко наддаване на тегло както и зрителни смущения и главоболие. Всички тези симптоми са свързани с промени в много органи и системи на бременната като черен дроб, бъбреци, главен мозък. Много силно се смущава кръвоснабдяването на бременната матка, при което настъпва забавяне в растежа и развитието на плода. Точно поради тази причина жените с пreekламписия раждат деца с ниско (поднормено) тегло.

За да има успех лечението при такива пациентки, то трябва да започне рано и навременно. На практика това означава, че при появата на първите симптоми на това заболяване бременната трябва да се настани в болница и да започне съответно лечение. Последното е комплексно и включва лекарства, понижаващи кръвното налягане, седативни лекарствени средства, увеличение приеждането на белтъци с храната. При по-тежките форми се прибегва към лечение с венозни вливания с магнезиеви препарати, белтъчни разтвори и плазма.

Основен терапевтичен подход е лечението за подтискане на маточните контракции с включване на различни β -миметични средства. При тези пациентки се извършват серия ултразвукови прегледи и мониторно проследяване на детските сърдечни тонове с цел диагноза на състоянието на плода. Може да се прибегне и до извършването на амниоцентеза за установяване белодробната зрялост на плода. Всички тези изследвания имат значение за избора на време и начин на родоразрешение. Като правило при тези пациентки раждането трябва да става преди установения термин за това. По-често се придържа към нормален начин на родоразрешение, но не рядко раждането завършва по оперативен път – Цезарово сечение.

Новородените деца се нуждаят от интензивни неонатални грижи и за тяхното отглеждане се изискват детски отделения, оборудвани със съответна апаратура и специалисти.

КП № 2 ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА И ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С РЕАЛИЗИРАН РИСК

Минимален болничен престой – 5 дни

Минимален болничен престой при пренатална инвазивна диагностика – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Предшестваща хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период

Включва: описаните състояния с предшестваща протеинурия

Не включва: състояния с нарастваща или прибавила се протеинурия (O11)

O10.0 Предшестваща есенциална хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период

Всяко състояние, класифицирано в рубриката I10, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

O10.1 Предшестващо хипетонично сърдечно заболяване, усложняващо бременността, раждането и послеродовия период

Всяко състояние, класифицирано в рубриката I11.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

O10.2 Предшестващо хипертонично бъбречно заболяване, усложняващо бременността, раждането и послеродовия период

Всяко състояние, класифицирано в рубриката I12.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

O10.3 Предшестващо хипертонично сърдечно и бъбречно заболяване, усложняващо бременността, раждането и послеродовия период

Всяко състояние, класифицирано в рубриката I13.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

O10.4 Предшестваща вторична хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период

Всяко състояние, класифицирано в рубриката I15.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

O10.9 Предшестваща хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период, неуточнена

O11 Предшестваща хипертония с прибавила се протеинурия

Състояния, класифицирани в рубриката O10.—, усложняващи се с нарастваща протеинурия

Прибавила се прееклампсия

Гестационна [предизвикана от бременността] хипертония с масивна протеинурия

Не включва: прибавила се прееклампсия (O11)

O14.0 Умерена прееклампсия

O14.1 Тежка прееклампсия

Еклампсия

Включва: конвулсии, предизвикани от състояния, класифицирани в рубриките O10—O14 и O16 еклампсия с предизвикана от бременността или предишна хипертония

O15.0 Еклампсия по време на бременността

O16 Хипертония при майката, неуточнена

Транзиторна хипертония по време на бременността

Захарен диабет по време на бременността

Включва: по време на раждането и послеродовия период

O24.0 Предшестващ захарен диабет , инсулинозависим

O24.1 Предшестващ захарен диабет ,неинсулинозависим

O24.2 Предшестващ захарен диабет , свързан с недоимъчно хранене

O24.3 Предшестващ захарен диабет ,неинсулинозависим

O24.4 Захарен диабет,развиващ се по време на бременността

Гестационен захарен диабет БДУ

O24.9 Захарен диабет по време на бременността, неуточнен

Отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката

Не включва: резултати от диагностични изследвания, класифицирани другаде, медицински грижи за майката свързани със състояния на плода, околоплодния мехур и възможни усложнения в хода на родоразрешаването (O30 – O48)

O28.1 Биохимични отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката

O28.3 Отклонения в ултразвуковата находка при антенатален скрининг на майката

O28.4 Отклонения в рентгенологичната находка при антенатален скрининг на майката

O28.5 Хромозомни и генетични отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката

O28.8 Други отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката

O28.9 Отклонение от нормата при антенатален скрининг на майката, неуточнено

Усложнения, специфични за многоплодна бременност

O31.0 Fetus rhyngaceous

O31.1 Продължаваща бременност след аборт на един или повече от плодовете

O31.2 Продължаваща бременност след интраутеринна смърт на един или повече от плодовете

O31.8 Други усложнения, специфични за многоплодна бременност

Предлежаща плацента (placenta praevia)

O44.1 Предлежаща плацента с кръвотечение

Ниско прикрепена плацента БДУ или с кръвотечение

Предлежаща плацента:

- маргинална
 - парциална
 - тотална
- } БДУ или с кръвотечение

Не включва: раждане и родоразрешаване, усложнени с кръвотечение от vasa praevia (O69.4)

Други болести на майката, класифицирани другаде, но усложняващи бременността, раждането и послеродовия период

Забележка:Тази рубрика включва състояния, които усложняват бременността, задълбочават се

от бременността или представляват основно показание за акушерска помощ и за които

Азбучният указател не посочва специална рубрика в клас XV.
При необходимост от идентифициране на конкретното състояние се използва допълнителен код.

Не включва: инфекциозни и паразитни болести (O98.—)
травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини (S00—T98)
медицински грижи за майката поради болест, за която се предполага или със сигурност уврежда плода (O35—O36)

O99.4 Болести на сърдечно-съдовата система, усложняващи бременността, раждането и послеродовия период

Състояния, класифицирани в рубрики I00—I99

Не включва: кардиомиопатия в послеродовия период (O90.3)

хипертонични болести (O10—O16)

акушерска емболия (O88.—)

венозни усложнения и тромбоза на мозъчен венозен синус по време на:

•раждането и послеродовия период (O87.—)

•бременността (O22.—)

Хемолитична болест на плода и новороденото

P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото

P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото

P55.8 Други форми на хемолитична болест на плода и новороденото

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

16600-00 Диагностична амниоцентеза

90460-00 Амниоскопия

Кодирай също когато е направена:

• чрез хистеротомия(35649-00 [1262])

16603-00 Хорионна биопсия

1341 Фетален мониторинг

16514-00 Вътрешен мониторинг на плода

Вътрешна фетална кардиотокография [CTG] (скалп)

16514-01 Външен мониторинг на плода

Външна фетална кардиотокография [CTG]

Фетален контрактилен стрес }

Фетален нонстрес тест } тест

1331 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

16606-00 Фетална кръвна проба

90487-00 Друга вътрематочна диагностична процедура на плода

Интраутеринна кожна биопсия на плода БДУ

1943 Ултразвук на корем или таз

55700-02 Ултразвук на корем или таз за други състояния, свързани с бременност

Ултразвукова:

• локализация на плацента

• пелвиметрия

	Ултразвук на бременна матка БДУ
55700-00	Ултразвук за откриване аномалии на плода
55700-01	Ултразвук за измерване на фетален растеж <i>Включва:</i> фетална ултразвукова цефалометрия
1945 Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55729-01	Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия <i>Включва:</i> при оценка обем на амниотична течност
1296 Процедури за изследване на други гинекологични локализации	
35500-00	Гинекологичен преглед Палпация на: • фалопиеви тръби • яйчници • матка Тазов преглед Визуален и мануален преглед на: • шийка • влагалище • вулва <i>Не включва:</i> тези с други гинекологични процедури – пропусни кода
1926 Микробиологични изследвания	
91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура Антибиограма
91919-12	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за бактериална намазка
91914-99	Други морфологични изследвания
91919-14	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за култура и чувствителност
1932 Изследвания на урината	
91920-12	Химично изследване на урина pH Белтък Билирубин Уробилиноген Глюкоза Кетони Относително тегло Нитрити Левкоцити Кръв
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-01	Изследване на уринен седимент
1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1850 Мониторинг на съдово налягане	
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане

1923 Хематологични изследвания

Включва: ПКК, хемостазеологични показатели - по преценка.

- 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
- 91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
- 91910-08 Изследване на време на кръвене
- 91904-04 Изследване на фактори на коагулация
фактор II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII
- 91904-05 Изследване на фактор на Вилебранд (von Willebrand)
- 91910-09 Изследване на протромбиново време
- 91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)
- 91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
- 91910-11 Изследване на фибриноген
- 91913-04 Изследване на време на съсирване

1924 Биохимични изследвания

Включва: биохимия (бъбречни и чернодробни показатели), по преценка.

- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
- 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
- 91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
- 91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
- 91910-16 Клинично-химични изследвания за директен билирубин
- 91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
- 91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
- 91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

1929 Вирусологични изследвания

Включва: серология – ако не е извършена в ИМП

- 91913-00 Серологично изследване на кръв за Васерман
- 91911-29 Други серологични изследвания
- 91922-00 Серологично изследване за HIV 1/2 антитела

1930 Имунологични изследвания

- 91926-00 Определяне на кръвни групи от системата AB0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-A, анти-B, анти-AB, анти-D и тест-еритроцити A1, A2, B и 0)

1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

- 90487-00 Друга вътрематочна диагностична процедура на плода
Интраутеринна кожна биопсия на плода БДУ

1934 Други лабораторни изследвания

- 91881-00 ДНК анализ
- 91916-00 Генетични изследвания
- 91916-01 Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

- 16615-00 Вътрематоchno фетално интраперитонеално и интраваскуларно кръвопреливане
Интраутеринна фетална трансфузия БДУ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки
- 13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити
- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII
- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)
- 92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
- 92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

1884 Имунизация

- 92173-00 Пасивна имунизация с Rh (D) имуноглобулин
Инжектиране на:
• Anti-D (Rhesus) globulin
• RhoGAM

1920 Приложение на фармакотерапия

- 96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин
- 96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин
- 96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
- 96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
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])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент, хормон

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване:

1. При пренатална инвазивна диагностика на бременността (кодове на болести по МКБ-10: O28.1, O28.3, O28.4, O28.5, O28.8 и O28.9) клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени пет основни диагностични процедури, по една от следните :

1. Диагностичен ултразвук на бременна матка: 55700-02 или 55700-00 или 55700-01 или 55729-01.

2. Ултразвуково регистриране на фетална сърдечна честота: 16514-01 (до 26 г.с.) или 16514-00 (след 26 г.с.);

3. Изследване на кръв, което включва задължително следните кодове от панел ПКТ (91910-04, 91910-07, 91910-11, 91913-04,) и следните кодове от панел биохимия: (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-25, 91910-26, 91910-27).

4. Цитогенетичен анализ (90487-00 и/или 91881-00 и/или 91916-00 и/или 91916-01)

5. Амниоскопия (90460-00) или вземане на кръвна проба и биопсия от плода (16606-00), или хориална биопсия (16603-00),

Серологични изследвания (91913-00, 91911-29, 91922-00), по преценка, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

За **пренатална инвазивна диагностика** задължително се изследва: ПКТ (91910-04, 91910-07, 91910-11, 91913-04), изследване на кръвна група (91926-00), Резус принадлежност (91926-00), а при Резус-отрицателните бременни, анти-Д-антитела (91926-00) хемостаза – (91910-08, 91913-04, 91904-04, 91904-05, 91910-09, 91904-02, 91910-10, 91910-11, 91913-04) – по преценка;

Взетият материал при процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00), и (16603-00) задължително се изпраща за изследване (цитогенетично, молекулярно цитогенетично изследване, ензимен и/или ДНК анализ). Копие с резултата от изследването задължително се прикрепва в ИЗ и служи за отчитане на КП.

2. При интензивни грижи при бременност с реализиран риск клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в блок Кодове на основни процедури, отнасящи се към основната диагноза.

При интензивни грижи при бременност с реализиран риск:

1. Когато болничният престой по тази КП е по-малък или равен от минималния болничен престой и завърши със спонтанен аборт или аборт по медицински показания, случаят се отчита по КП № 4 "Преждевременно прекъсване на бременността".

Когато са изпълнени критериите за завършена клинична пътека № 2 (спазен минимален болничен престой и извършени задължителни диагностични и терапевтични процедури), и бременността завърши със спонтанен аборт или аборт по медицински показания, се заплащат и двете клинични пътеки (КП № 2 и КП № 4).

2. Когато болничният престой по тази КП е по-малък или равен от минималния болничен престой и завърши с раждане, случаят се отчита по КП № 5 "Раждане".

Когато са изпълнени критериите за завършена клинична пътека № 2 (спазен минимален болничен престой и извършени задължителни диагностични и терапевтични процедури), и бременността завърши с раждане, се заплащат и двете клинични пътеки (КП № 2 и КП № 5).

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека, в частта интензивни грижи при бременност с реализиран риск, се изпълнява в клиника/отделение II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология“ – само за интензивни грижи при бременност с реализиран риск, без диагностични процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и (16603-00)

Диагностични процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и (16603-00) се изпълняват само в клиника/отделение III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология“.

1. 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 акушерство и гинекология II ниво - само за интензивни грижи при бременност с реализиран риск, без диагностични процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и *(16603-00) или Клиника/отделение по гинекология II ниво - само за интензивни грижи при бременност с реализиран риск, без диагностични процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и (16603-00) или
2. Клиника/отделение по акушерство и гинекология III ниво
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория II и III ниво
5. Ехограф с необходимите трансдюсери

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

2.1. 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. Лаборатория (отделение) по клинична патология - на територията на областта
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта
3. КТ/МРТ – на територията на населеното място

2.2. Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор със структура по медицинска генетика към лечебни заведения и медицински факултети, посочени в приложение № 4 на Наредба № 26/14.06.2007 г.

Задължително звено/ медицинска апаратура
Структура по медицинска генетика - само за пренатална инвазивна диагностика на бременността и при изпълнение на диагностични процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и (16603-00)

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура/акушеро-гинекологична структура III ниво на компетентност - петима лекари със специалност по „Акушерство и гинекология” - двама с допълнителна квалификация по ехография;

- за акушерска структура II ниво на компетентност- четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография - само за интензивни грижи; без изпълнение на процедури с кодове (16600-00), *(16606-00; 90487-00) и (16603-00)

- за гинекологична структура II ниво на компетентност – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография; само за интензивни грижи; без изпълнение на процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и (16603-00)- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар с придобита специалност по „Неонатология”

или

лекар със специалност по педиатрия – 15-дневно индивидуално обучение за кардиопулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по вътрешни болести или кардиолог

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура/акушеро-гинекологична структура III ниво на компетентност - петима лекари със специалност по „Акушерство и гинекология” - двама с допълнителна квалификация по ехография;

- за акушерска структура II ниво на компетентност- четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография - само за интензивни грижи; без изпълнение на процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и (16603-00);

- за гинекологична структура II ниво на компетентност – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография; само за интензивни грижи; без изпълнение на процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и (16603-00);

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар с придобита специалност по „Неонатология”

или

лекар със специалност по педиатрия – 15-дневно индивидуално обучение за кардиопулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по детски болести.

-

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Пренатална инвазивна диагностика на бременността при бременни с:

1.1. ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА при бременни с (кодове на болести по МКБ-10: O28.1, O28.3, O28.4, O28.5, O28.8 и O28.9 и при изпълнение на диагностични процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и (16603-00)

- фамилни данни за доказани наследствени заболявания и вродени аномалии, свързани с риск за тежка инвалидизация или намалена продължителност на живота, установен с резултат от генетична консултация
- балансирана хромозомна аномалия у един от родителите
- категорични ултразвукови находки за морфологични аномалии на плода
- повишен риск от триплоидии и анеуплоидии в резултата от биохимичния скрининг I и/или II триместър,
- имунологични данни за хемолитична болест на плода по Резус системата.

1.2. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С РЕАЛИЗИРАН РИСК.

- стойности на кръвното налягане от или над 140/90 mmHg или по-високо с или без главоболие и-или с повишаване на средното артериално налягане с 20mmHg и повече в сравнение с предишните стойности с или без главоболие; данните за стойностите от АН се вземат от "Карта за профилактика на бременността", изготвена по образец съгласно приложение № 7 от Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията;

- олигурия ≤ 400 мл/24 часа;
- зрителни смущения (двойно виждане, намаляване на зрителната острота);
- декомпенсиран захарен диабет и бременност;
- сърдечна декомпенсация и бременост.

За диагноза O44.1 "Предлежаща плацента с кръвотечение"

1. Генитално кървене.
2. Гестационна възраст от 26+ седмици.
3. Ехографски данни за предлежаща или ниско прикрепена плацента.
4. Отсъствие на профузно кървене и/или данни за хеморагичен шок /прешок.
5. Поне един жив плод, доказан чрез ехография или кардиотокография.

1. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

2.1. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА (кодове на болести по МКБ-10: O28.1, O28.3, O28.4, O28.5, O28.8 и O28.9 и при изпълнение на диагностични процедури с кодове 16600-00, (16606-00, 90487-00), 16603-00.

Диагностичният алгоритъм съдържа и следните задължителни процедури:

- преглед и оценка, описани накратко (резюмирани анамнеза и оценка);
- преглед и оценка, описани обстойно (анамнеза и оценка на нов проблем);
- гинекологично изследване (изследване на таза);
- диагностичен ултразвук на бременна матка;

- изследване на кръв – ПКК, хемостаза, изследване на кръвна група, Резус принадлежност, а при Резус-отрицателните бременни, анти-Д-антитела;
- мониториране на плода (до 26 г.с. чрез ултразвуково регистриране на феталната сърдечна честота , а след 26 г.с. чрез кардиотокография);
- спектрофотометричен анализ на околоплодна течност при имунологични данни за развитие на хемолитична болест на плода по резус системата.

По налични показания се прилагат следните основни терапевтични (една или няколко) процедури:

92173-00 Пасивна имунизация с Rh (D) имуноглобулин глобулин (задължителен при Резус отрицателни бременни с доказана липса на имунни анти-Д-изоантитела)

инжекция на:

-анти-D (Rhesus) глобулин

RhoGAM

- 96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин
- 96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин
- 96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
- 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
- 96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктозен агент
- 96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктозен агент
- 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
- 96199-09 96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент, хормон
- 96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

2.2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С РЕАЛИЗИРАН РИСК.

Задължителни са следните диагностични процедури:

- диагностичен ултразвук на бременна матка;
- преглед и оценка, описани накратко (резюмирани анамнеза и оценка);
- преглед и оценка, описани ограничено (етапна анамнеза и оценка);
- преглед и оценка, описани обстойно (анамнеза и оценка на нов проблем);
- гинекологично изследване (изследване на таза) (не се изисква при съпътстваща диагноза О44.1)
- химично изследване на урина;
- изследване на кръв - ПКК с диференциално броене, биохимия, серология (по преценка);
- провеждане на консултация – по преценка,
- мониториране на централно венозно налягане - по преценка;
- извършване на ЕКГ на пациентката;
- мониториране на плода – (изисква се след 26 г.с.)

Серологично изследване за сифилис (RPR или Васерман) – не е задължително, ако е извършено в извънболничната помощ.

Заедно с основните диагностични процедури се прилагат и следните основни терапевтични (една или няколко):

- инжекция или инфузия на друго лечебно или профилактично вещество;
- инжекция на антибиотик (при необходимост);
- трансфузия на кръв и кръвни компоненти (при необходимост);
- инжекция или инфузия на електролити;
- инжекция на стероид (при необходимост);
- инжекция на инсулин (при необходимост).

За диагноза с код O44.1 “Предлежаща плацента с кръвотечение”

Заедно с основните диагностични процедури се прилагат и следните основни терапевтични (една или няколко):

- инжекция/инфузия на електролити;
и/или
- инжекция на антибиотик;
и/или
- инжекция/инфузия на друго вещество и прилагане на необходимите медикаменти.

Серологично изследване за сифилис (RPR или Васерман) – не е задължително, ако е извършено в доболничната помощ.

При неповлияване от консервативно лечение на горепосочените заболявания пациентките се насочват за родоразрешение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на клиничната картина и параклиничните изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

4.1. МЕДИЦИНСКИ КРИТЕРИИ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА (кодове на болести по МКБ-10: O28.1, O28.3, O28.4, O28.5, O28.8 и O28.9 и при изпълнение на диагностични процедури с кодове 16600-00, (16606-00, 90487-00), 16603-00.

4.1.1. получаване на материал за предвидения анализ;

4.1.2. налични и документирани:

- нормална сърдечна честота на плода (до 26 г.с. чрез ултразвуково регистриране на феталната сърдечна честота , а след 26 г.с. чрез кардиотокография);
- отсъствие на маточна активност
- липса на генитално кървене
- липса на изтичане на околоплодна течност.

4.2. МЕДИЦИНСКИ КРИТЕРИИ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С РЕАЛИЗИРАН РИСК.:

- нормотензивна бременна с добър отговор на консервативното лечение;
- подобряване и/или нормализиране на показателите от медико-диагностичните изследвания в сравнение със стойностите при хоспитализация;
- коректно попълнен фиш “Клинико- лабораторен минимум при изписване”.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

Към История на бременността и раждането (ИБР) на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

Към История на бременността и раждането (ИБР) № ОТ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

Дата

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО		
Корем: <input type="checkbox"/> мек <input type="checkbox"/> напрегнат <input type="checkbox"/> балониран <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
Микция: <input type="checkbox"/> спонтанна, без резидуална урина <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
Дефекация: <input type="checkbox"/> спонтанна, 1-2 пъти дневно <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
Раздвижване: <input type="checkbox"/> ходи без чужда помощ <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
Аксиларна t°:	Пулс:	Перисталтика: <input type="checkbox"/> с обичаен интензитет <input type="checkbox"/> друго (опиши)
СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: <input type="checkbox"/> свалени конци <input type="checkbox"/> несвалени конци <input type="checkbox"/> зараснала per primam <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО: <input type="checkbox"/> отговаря на извършената операция, без данни за усложнения <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
КРЪВНА КАРТИНА: Hb Ht Er Leu	ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ: Вр. кръвене Фибриноген	ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:
ДРУГИ ДАННИ:		

Лекуващ лекар:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *История на бременността и раждането (ИБР)* 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 бременността и раждането (ИБР)*

3. ОПЕРАТИВЕН ПРОТОКОЛ ЗА ИЗВЪРШЕНА ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ПРОЦЕДУРА

– прикрепва се в *История на бременността и раждането (ИБР)*

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на бременността и раждането (ИБР)*

- 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 *История на бременността и раждането (ИБР)*

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *История на бременността и раждането (ИБР)*.

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

ОПЕРАТИВЕН ПРОТОКОЛ за АМНИОЦЕНТЕЗА

ИЗ №...../дата.....

Пациент.....год.....

Адрес.....

ПРМ.....гестационен срок по ПРМ.....г.с.....

Индикации за амниоцентеза (АЦ):

възраст ☐

Риск НТ I триместър ☐

Моногенно з. ☐

Балансирана ХЗА ☐

Възраст - съпруг ☐

ICSI ☐

риск БХС II триместър ☐

УЗ индикации ☐

предишно дете с ХЗА ☐

предишни СА и РН ☐

друго.....

УЗИ от..... 20.... г.: гестационен срок по УЗИ.....

Един жив плод в матката, предлежание.....

BPD FL

HC..... AC.....

Плацента.....

Околоплодна течност

Отклонения във феталната морфология: НЕ/ДА (описание на отклоненията).....

Други особени ехографски находки

АМНИОЦЕНТЕЗА

Дата..... Начало..... Край

Беше извършена трикратна дезинфекция на предната коремна стена. Под ултразвуков контрол беше пунктирана амниотичната празнина със спинална игла G/.....см.

Аспирирани бяха.....мл.....околоплодна течност, която беше изпратена в лаборатория.....за.....анализ.

Трансплацентарна пункция: ДА/НЕ.

Видим примес на кръв в амниотичната течност: ДА/НЕ.

Сърдечна дейност след манипулацията - ДА/НЕ. ФСЧ.....уд./мин.

Кръвна група на бременната..... Rh +/- Rh - .

Профилактика с анти-D имунен глобулин: ДА/НЕ.

Извършил Асистент.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

ОПЕРАТИВЕН ПРОТОКОЛ за БИОПСИЯ НА ХОРИОНА

И.З. №...../дата.....

Пациент.....год.....

Адрес.....

ПРМ.....гестационен срок по ПРМ.....г.с.....

Индикации за биопсия на хориона (CVS):

възраст ☐

Риск НТ I триместър ☐

Моногенно з. ☐

Балансирана ХЗА ☐

Възраст - съпруг ☐

ICSI ☐

риск БХС II триместър ☐

УЗ индикации ☐

предишно дете с ХЗА ☐

предишни СА и РН ☐

друго.....

УЗИ от 20.... г.: гестационен срок по УЗИ.....

Един жив плод в матката , предлежание.....

БPD FL

НС.....АС.....

Плацента.....

Околоплодна течност

Отклонения във феталната морфология: НЕ/ДА (описание на отклоненията).....

Други особени ехографски находки

БИОПСИЯ НА ХОРИОНА

Дата.....Начало.....Край.....

Беше извършена трикратна дезинфекция на предната коремна стена. Мястото на пункцията беше локално обезболено с 1 мл 1% разтвор на лидокаин. Под ултразвуков контрол беше пункциран chorion frondosum с аспирационна игла.....G/.....см.

Аспирирани бяха.....хорионни въси, които бяха изпратени в лаборатория..... за.....анализ.

Брой пункции на хориона

Сърдечна дейност след манипулацията - ДА/НЕ. ФСЧ.....уд./мин.

Кръвна група на бременната -Rh +/ Rh -.

Профилактика с анти-D имунен глобулин: ДА/НЕ.

ИзвършилАсистент.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

ЗА АМНИОЦЕНТЕЗА В 16-20 СЕДМИЦА С ЦЕЛ ДИАГНОСТИКА НА ГЕНЕТИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ПЛОДА

Амниоцентезата е манипулация, при която се взема известно количество околоплодна течност. Околоплодната течност се изследва в специализирани лаборатории и това позволява да се открият някои вродени и наследствени заболявания на плода. Извършва се между 16 и 20 седмица на бременността, считано от първия ден на последната редовна менструация. Вземането на проба от течността, заобикаляща плода, става с помощта на игла, която се въвежда под ултразвуков контрол през коремната стена и стената на матката. Околоплодната течност се изтегля със спринцовка. В момента на проникването на иглата може да има слабо изразено неприятно усещане, подобно на това при мускулна инжекция, но не болка. Поради това не е необходимо прилагането на упойка.

Аз,....., бях запозната с изброените по-долу усложнения на амниоцентезата и съществуващите ограничения за разпознаване болестите на плода. Имах възможност да задам всички интересувачи ме въпроси и да ги обсъдя с генетичния консултант и с акушер-гинеколога.

ИЗВЕСТНО МИ Е И ПРИЕМАМ, ЧЕ:

1. Съществува минимален риск (0,5 - 1%) от аборт във връзка с манипулацията. Наясно съм, че дори при липса на каквато и да е външна интервенция бременността също може да не се доизноси.
2. Съществува макар и минимален риск иглата да повреди тъкан на плода или пъпната връв.
3. Изследването се провежда при спазване на всички условия за стерилност и рискът от внасяне на инфекция е минимален (под 1%). Въпреки това обаче, както при всички хирургични намеси, възможността за инфекциозни усложнения не може да бъде напълно изключена. В тежки случаи може да се стигне до загиване на плода, а оттам - й до загуба на бременността.
4. Изследването се провежда под ултразвуков контрол. Целта е да се определи най-подходящото място за въвеждане на иглата в матката, а също и да се контролира пътя и положението на иглата през цялото време на манипулацията. Проследява се сърдечната дейност на плода преди и след амниоцентезата.
5. В част от случаите, при плацента, разположена по предната маточна стена, не е възможно амниоцентезата да бъде извършена без да се премине с иглата през самата плацента. В редки случаи това може да доведе до преминаване на малко количество кръв от плода към майката /фетално-майчина трансфузия/, което има значение при Rh-отрицателни бременни.
6. Понякога изследването е неуспешно:
 - > не може да се проникне в амниотичната празнина и изобщо не се аспирира околоплодна течност
 - > не може да се аспирира /изтегли със спринцовката/ достатъчно количество течност
 - > течността е примесена с кръв.
7. В много редки случаи след амниоцентезата може да се наблюдава съвсем слабо изтичане на околоплодна течност от влагалището. Обикновено то се преустановява спонтанно и не нарушава протичането на бременността. Ако изтичането на течност е по-обилно или продължава повече от 24 часа, следва да се потърси консултация от акушер-гинеколог.

8. Много рядко след амниоцентезата клетките, съдържащи се в околоплодната течност, не растат в средата за култивиране и се налага процедурата да се повтори. Това се случва не често от 1 на 50 случая.
9. При Rh-отрицателни бременни след амниоцентезата се инжектира мускулно 1 ампула анти-Д гама-глобулин.
10. С помощта на амниоцентезата се диагностицира конкретно заболяване на плода, за което при бременната/двойката има повишен риск. Това е една важна предпоставка за раждането на здраво дете, но не го гарантира напълно.
11. Съществува известен, макар и минимален, риск за неточни заключения относно състоянието на плода на базата на лабораторните изследвания.
 12. Не възразявам изследваният материал да бъде използван анонимно като контрола за диагностични и научни цели.

Приемам, че резултатите от изследването ще бъдат от полза за мен. Те ще помогнат да се прецени здравословното състояние на моето бъдещо дете. Приемам рисковете и усложненията, свързани с амниоцентезата. Имах възможност да обсъдя всички интересувачи ме въпроси относно извършването на това изследване.

• **БЕШЕ МИ ПРЕДОСТАВЕНА ПИСМЕНА ГЕНЕТИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ**

• **ПОЛУЧИХ ИЗЧЕРПАТЕЛЕН ОТГОВОР НА ВСИЧКИ ВЪПРОСИ**

• **СЪГЛАСНА СЪМ ДА МИ БЪДЕ ИЗВЪРШЕНА АМНИОЦЕНТЕЗА.**

Желая да получа резултатите ЛИЧНО ПО ПОЩАТА (подчертайте).

Желая генетично консултиране при получаване на резултатите ДА НЕ (оградете).

Съгласна съм манипулацията да бъде извършена от д-р

.....

дата.....

подпис.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

.....

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ХОРИОННА БИОПСИЯ

В 10-12 ГЕСТАЦИОННА СЕДМИЦА С ЦЕЛ ДИАГНОСТИКА НА ГЕНЕТИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ПЛОДА

Хорионната биопсия е манипулация, при която се вземат съвсем малко количество клетки от хориона, (тъканта, която по-късно се превръща в плацента). Това може да стане през корема (трансабдоминално), като със специална дълга игла се прониква през маточната стена до хорионната тъкан. Хорионни въси могат да се вземат и по влагалищен път (трансвагинално) - с помощта на специален тънък пластмасов катетър. Обичайният срок за извършване на манипулацията е между 10-12 седмица на бременността, считано от първия ден на последната редовна менструация. При вземане на въси през корема това може да се извърши и след 12 седмица. И в двата случая манипулацията се извършва под ултразвуков контрол. При въвеждането на катетъра или при убождането с иглата може да има слабо неприятно усещане, но това не налага прилагането на упойка. Получените при хорионната биопсия клетки се изследват в специализирани лаборатории. По този начин могат да се открият рано някои вродени и наследствени заболявания на плода.

Аз,....., бях запозната с изброените по-долу усложнения и ограничени възможности на хорионната биопсия за разпознаване болестите на плода. Имах възможност да задам всички интересувачи ме въпроси и да ги обсъдя с генетичния консултант и акушер-гинеколога.

ИЗВЕСТНО МИ Е И ПРИЕМАМ, ЧЕ:

1. Изследването се провежда в такива срокове на бременността, в които понякога настъпват спонтанни аборти. Независимо от това съществува риск за аборт във връзка със самата манипулация, който е около 3-4%.
2. Както при всички хирургични намеси, съществува възможност от възникване на инфекция, която макар и рядко, може да доведе до загуба на плода.
3. Изследването се провежда под постоянен ултразвуков контрол, при което през цялото време на манипулацията се проследява пътят на иглата /катетъра. Преди и след хорионната биопсия се проследява сърдечната дейност на плода. След края на манипулацията с помощта на ултразвук могат да се установят някои от възможните усложнения.
4. Манипулацията може да е значително по-трудна, респективно свързана с по-висок риск, а понякога, дори невъзможна в следните случаи:
 - > неправилни положения на матката
 - > наличие на миоми възли
 - > многоплодна бременност
 - > дебела коремна стена на бременната
5. Манипулацията е успешна от първи опит в около 60% от случаите, а от втори опит - в 95%.

6.В 1 от 20 случая хорионната биопсия е неуспешна. В тези случаи може да се извърши амниоцентеза в 16-20 седмица на бременността.

7.При 1 от 20 успешни хорионни биопсии лабораторията може да има технически затруднения да извърши анализите. В тези случаи също може да се наложи извършване на амниоцентеза между 16 и 20 седмица.

8.Всички усложнения през първата седмица след биопсията (кървене, болка, температура) налагат консултация с гинеколога, който е извършил манипулацията.

9.След хорионна биопсия, протекла без усложнения, се извършват контролни ултразвукови прегледи 24 и 72 часа след манипулацията.

10.Всяко изследване, което се извършва, има точно определена цел и дава информация само по отношение на тези състояния, заради които плода се изследва. То не изключва всички възможни аномалии на плода.

11.Съществува известен, макар и минимален риск от погрешно заключение относно състоянието на плода на базата на лабораторните изследвания.

12.Не възразявам изследваният материал да бъде използван анонимно като контрола за диагностични и научни цели.

13.Достоверен резултат мога да получа само от участващ в провежданата ми пренатална диагностика лекар.

Приемам, че резултатите от изследването ще бъдат от полза за мен. Те ще помогнат да се прецени здравословното състояние на моето бъдещо дете. Приемам рисковете и усложненията, свързани с хорионната биопсия. Имах възможност да обсъдя всички интересувачи ме въпроси относно извършването на това изследване и съм съгласна за неговото провеждане.

- БЕШЕ МИ ПРЕДОСТАВЕНА ПИСМЕНА ГЕНЕТИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ.**
- ПОЛУЧИХ ИЗЧЕРПАТЕЛЕН ОТГОВОР НА ВСИЧКИ ВЪПРОСИ.**
- СЪГЛАСНА СЪМ ДА МИ СЕ ИЗВЪРШИ ХОРИОННА БИОПСИЯ.**

Желая да получа резултатите ЛИЧНО / ПО ПОЩАТА (подчертайте).

Желая генетично консултиране при получаване на резултатите: ДА НЕ (оградете).

Съгласна съм манипулацията да бъде извършена от д-р

Дата:

Подпис:

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ПРЕНАТАЛНА ДИАГНОСТИКА на ХРОМОЗОМНИ БОЛЕСТИ

Аз долуподписаната _____

съм съгласна да участвам в изследване за **пренатална (дородова) диагностика на хромозомни болести.**

Разбирам, че ще бъдат взети биологични проби **околоплодна течност / хорионни въси.**

Процедурата по вземане на материала носи допустимия минимален риск, за който съм информирана.

Разбирам, че върху взетия материал ще бъдат проведени изследвания с цел определяне дали плодът е засегнат от хромозомна болест или е носител на хромозомно пренареждане.

Изследването може да бъде извършено чрез ДНК анализ или цитогенетичен анализ на клетки от околоплодна течност или хорион.

1. ДНК анализ за хромозомни болести:

- о Дава информация за **конкретни** хромозомни болести: болест на Даун, болест на Едуардс, болест на Патау, триплоидия, наличие на допълнителни полови хромозомы при плода. В **над 95%** от случаите поводът за назначаване на изследването е съмнение за някоя от тези болести при плода.
- о Не дава информация за останалите хромозомы. Вероятността да **бъде пропусната** хромозомна болест при плода, **различна** от изброените по-горе е **0,4%.**
- о В някои семейства съществуващите ДНК методи **не са информативни.** Не винаги е възможно да се изключи синдром на Търнер при плод от женски пол.
- о Време за изпълнение на анализите – до **5 работни дни.**
- о Анализът **не може** да бъде извършен при наличие на **примес от майчина кръв** в пробата. В такива случаи е възможно да се проведе само цитогенетичен анализ.

2. Цитогенетичен анализ:

- о Дава информация за **всички хромозомы** в кариотипа на плода. Може да установи **99%** от клинично значимите хромозомни аномалии на плода.
- о Анализът на хромозомите се извършва **на микроскоп** и не могат да се диагностицират хромозомни пренареждания с размер по-малък от разрешителните възможности на светлинната микроскопия.
- о Изисква **предварително култивиране** на клетки от амниотична течност или хорион в изкуствена среда. Култивирането на клетките продължава средно от **11 до 21 дни.**
- о В около **1%** от случаите може да има несъответствие между кариотипа на култивираните клетки и кариотипа на плода.
- о В **1-2%** от случаите култивирането на клетките може да бъде **неуспешно.**
- о Резултатът се получава в рамките на **14 до 21 дни.** В някои случаи анализът може да продължи до 30 дни.

Разбирам че:

1. В някои случаи взетият материал за анализ може да се окаже недостатъчен или некачествен и тогава се налага повторно вземане на материал.
 2. Резултати се съобщават след окончателното завършване на всички изследвания, свързани с тях.
- Информирана съм за сроковете на получаване на резултат в конкретния случай.

3. След като приключат изследванията и получа окончателен резултат, част от ДНК може да бъде направена анонимна (име и всички кодове се отстраняват) и може да бъде използвана за научни цели, въвеждане на нови диагностични методи и контрола при други изследвания. Анонимността на ДНК пробите прави невъзможно съобщаването на резултатите от последващите изследвания, които могат и да не бъдат свързани с първия повод на изследването.

☐ разрешавам

☐ не разрешавам

Съгласна съм да бъде извършена пренатална (дородова) диагностика за хромозомни болести чрез:

☐ ДНК анализ

☐ Цитогенетичен анализ

Желая резултатите от анализа да се съобщават само на мен от генетичен консултант или от лекар, посочен от мен в поръчката.

Резултатите са тайни и могат да бъдат съобщавани на други медицински лица или други пациенти само с моето писмено съгласие.

Желая да получа резултатите:

☐ лично

☐ чрез официално упълномощено от мен лице

☐ по пощата в предварително надписан плик

☐ чрез лекар:.....

Получих копие от това съгласие: Дата: _____ **Подпис:** _____

Обясних същността на изследването на гореподписания. Отговорих на всичките му въпроси.

Име: _____ **Дата:** _____

Подпис:

**ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) ПРИ
ИНТЕНЗИВНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С РЕАЛИЗИРАН РИСК**

Прееклампсията е усложнение на бременността, което включва всички форми на повишено кръвно налягане, наличие на отоци (основно на долните крайници) и белтък в урината. Това състояние възниква по-често при жени, бременни за първи път, при жени на възраст над 35 или под 17 години, жени с наднормено тегло или имали една бременност, усложнена с прееклампсия. Развива се обикновено във втората половина на бременността и много рядко в първата.

Понякога прееклампсията се проявява с болки в епигастралната област, гадене, повръщане, болки в дясното подреброе, рязко наддаване на тегло както и зрителни смущения и главоболие. Всички тези симптоми са свързани с промени в много органи и системи на бременната като черен дроб, бъбреци, главен мозък. Много силно се смущава кръвоснабдяването на бременната матка, при което настъпва забавяне в растежа и развитието на плода. Точно поради тази причина жените с прееклампсия раждат деца с ниско (поднормено) тегло.

За да има успех лечението при такива пациентки, то трябва да започне рано и навременно. На практика това означава, че при появата на първите симптоми на това заболяване бременната трябва да се настани в болница и да започне съответно лечение. Последното е комплексно и включва лекарства, понижаващи кръвното налягане, седативни лекарствени средства, увеличение приемането на белтъци с храната.

При по-тежките форми се прибегва към лечение с венозни вливания с магнезиеви препарати, белтъчни разтвори и плазма. Основен терапевтичен подход е лечението за подтискане на маточните контракции с включване на различни β -миметични средства. При тези пациентки се извършват серия ултразвукови прегледи и мониторно проследяване на детските сърдечни тонове с цел диагноза на състоянието на плода. Може да се прибегне и до извършването на амниоцентеза за установяване белодробната зрялост на плода. Всички тези изследвания имат значение за избора на време и начин на родоразрешение.

Като правило при тези пациентки раждането трябва да става преди установения термин за това. По-често се придържаме към нормален начин на родоразрешение, но не рядко раждането завършва по оперативен път – Цезарово сечение. Новородените деца се нуждаят от интензивни неонатални грижи и за тяхното отглеждане се изискват детски отделения, оборудвани със съответна апаратура и специалисти.

КП № 3 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА БРЕМЕННОСТ

Минимален болничен престой - 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1274	Процедури за приложение, поставяне или премахване върху маточна шийка
16511-00	Поставяне на шев на маточна шийка Серклаж при цервикална недостатъчност Серклаж по Мак Доналд – лигатура на цервикс Shirodkar процедура

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение I - во ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология“.

1. 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 акушерство и гинекология
2. Операционен блок/зала
3. Клинична лаборатория I ниво
4. Ехограф с необходимите трансдюсери
5. Рентгенова апаратура

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология“;
- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология“;
- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прилагане на оперативна процедура (серкляж на маточната шийка) при бременни след хабитуални (поне 2) аборта и/или:

и/или многоплодна бременност;

и/или ин витро оплождане;

и/или състояние след операция на маточната шийка (конизация, ампутация или трахелектомия)

и/или доказана (ехографски - цервикометрия) истмикоцервикална инсуфициенция.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 60 мин. за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти.

Електрокардиограма се извършва до 1 час за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти (по индикации).

Други инструментални /образни изследвания се извършват съобразно състоянието на пациента.

Предоперативната анестезиологична консултация се извършва до 2 часа за спешни пациенти и до 48 час за планово оперираните пациенти.

Серкляжът се извършва в специализирано АГ клиника /отделение от акушер-гинеколог със специалност.

Операцията се извършва под обща анестезия по възприетите в клиниката или отделението методики - серкляж по Mc Donald, Shirodkar или модифицирана методика.

Следоперативно се назначава цефалоспоринов антибиотик за 24 или 72 часа, по преценка на оператора, както и токолитична и спазмолитична терапия за същия период от време.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се според клиничните симптоми, акушеро-гинекологичен статус и по време на операцията.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Коректно попълнен фиш “Клинико – лабораторен минимум”

- Запазена бременност,
- липса на вагинално кървене
- липса на фебрилитет за последните 24 часа.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

Към История на бременността и раждането (ИБР) на пациента се прилага следния фиш за клинично-лабораторен минимум при изписване:

Към История на бременността и раждането (ИБР) № от
.....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата:

<u>ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u> Корем: <input type="checkbox"/> мек <input type="checkbox"/> напрегнат <input type="checkbox"/> балониран <input type="checkbox"/> друго (опиши) Микция: <input type="checkbox"/> спонтанна, без резидуална урина <input type="checkbox"/> друго (опиши) Дефекация: <input type="checkbox"/> спонтанна, 1-2 пъти дневно <input type="checkbox"/> друго (опиши) Раздвижване: <input type="checkbox"/> ходи без чужда помощ <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
<u>Аксиларна t°:</u>	<u>Пулс:</u>	<u>Перисталтика:</u> <input type="checkbox"/> с обичаен интензитет <input type="checkbox"/> друго (опиши)
<u>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА:</u> <input type="checkbox"/> свалени конци <input type="checkbox"/> несвалени конци <input type="checkbox"/> зараснала per primam <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
<u>ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:</u> <input type="checkbox"/> отговаря на извършената операция, без данни за усложнения <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
<u>КРЪВНА КАРТИНА:</u> Hb Ht Er Leu	<u>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:</u> Вр. кръвене Фибриноген	<u>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:</u>
<u>ДРУГИ ДАННИ:</u>		

Лекуващ лекар:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *История на бременността и раждането (ИБР)* и в част II на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури”*, бл.МЗ – НЗОК №7.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти *“Анестезия и интензивно лечение”* и *„Акушерство и гинекология”*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в История на бременността и раждането (ИБР).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарт *„Акушерство и гинекология”*;

3.3. Документиране на следоперативните дни в История на бременността и раждането (ИБР).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- История на бременността и раждането (ИБР);

- 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 История на бременността и раждането (ИБР).

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *История на бременността и раждането (ИБР)*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Серклажът на маточната шийка представлява малка акушерска операция, при която на нивото на вътрешния отвор на цервикалния канал се поставя копринен конец, при което се постига “затваряне” на канала . Извършва се планово или “на горещо”, защото:

Маточната шийка е скъсена и цервикалният канал е отворен, т.е при преглед през влагалището се установява, че шийката “зее” и пропуска изследващия пръст. Това увеличава риска от спонтанен аборт.

Имате спонтанни аборти във втората половина на бременността или предишно преждевременно раждане.

Имате доказана маточна аномалия- двурога, еднорога матка

Серклажът на маточната шийка се извършва през влагалището в специално оборудвана за целта зала при стриктно спазване на всички правила за Вашата безопасност.

Ще Ви бъде осигурен надежден **метод за обезболяване** – най-често предлагаме общо обезболяване с помощта на венозна краткотрайна инжекция.

При тази манипулация и при най-прецизна работа съществува минимален риск да настъпят **някои усложнения** – кръвотечение, спонтанен аборт, отваряне на околоплодния мехур, особено при серклажа “на горещо”, нараняване на съседни органи, инфекция и др. Те биха наложили **допълнително лечение** – кръвопреливане, сваляне на серклажния конец, маточен кюретаж, противовъзпалителна терапия, и др.

В следоперативния период Вие спазвате постелен режим и получавате спазмолитици и токолитици, с които се подтиска активността на матката. След серклажа Вие можете да бъдете изписана след около седмица, ако няма никакви усложнения.

Допълнителна информация за сегашното си състояние и предлаганата Ви операция можете да получите от лекуващия си лекар.

КП № 4 ПРЕЖДЕВРЕМЕННО ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА

Минимален болничен престой – 2 дни

4.1. ПРИ ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА ДО 13 ГЕСТ. С. ВКЛ.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1265	Кюретаж и евакуация на матка
35643-03	Дилатация и евакуация на матка (D&E) <i>Включва:</i> кюретаж (аспирация) раздробяване на плода <i>Забележка:</i> Изпълнявана при прекъсване на бременност през втория триместър
35640-03	Вакуум кюретаж на матка <i>Включва:</i> дилатация <i>Не включва:</i> такава след раждане (16564-01 [1345])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум две диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

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.

4.2. ПРИ ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА НАД 13 ГЕСТ.С.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1265	Кюретаж и евакуация на матка

35643-03	Дилатация и евакуация на матка (D&E) <i>Включва:</i> кюретаж (аспирация) раздробяване на плода <i>Забележка:</i> Изпълнявана при прекъсване на бременност през втория триместър
1345 Евакуация на матка след раждане	
16564-00	Следродова евакуация на матката чрез дилатация и кюретаж Дилатация и кюретаж при задържани плодни части след раждане <i>Не включва:</i> вакуум кюретаж (16564-01 [1345])
1277 Възстановителни процедури на маточна шийка	
35640-02	Дилатация на маточна шийка <i>Не включва:</i> кюретаж на матка (35640-00, 35640-03 [1265])
1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване	
90461-00	Интра-амниотично инжектиране Инжекция за прекъсване на бременността с: <ul style="list-style-type: none"> • prostaglandin • солеви разтвор Интраамниална инжекция за аборт
90462-00	Поставяне на простагландинова свещичка за предизвикване на аборт <i>Не включва:</i> при раждане (90465-01 [1334])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум две диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Кодове (90462-00) и (90461-00) не се отчитат самостоятелно.

„Аборт“ е загуба или прекъсване на бременност, преди плодът (плодовете) да отговарят на критериите по т. 13 от медицински стандарт „Акушерство и гинекология“, утвърден с Наредба № 12 от 21.07.2014 г.

т.13 „Раждане“ е цялостна (включваща плод и плодни придатъци) експулсия или екстракция на плод, независимо дали е жив, или мъртъв, който отговаря на следните критерии:

а) телесна маса при раждането 800 и повече грама и/или гестационна възраст 26 и повече гестационни седмици;

б) телесна маса при раждането под 800 грама и/или гестационна възраст под 26 гестационни седмици-при условие, че плодът е роден жив и е живял поне 3 денонощия.

Необходимостта от прекъсване на бременността се установява от комисия, съгласно Наредба №2 от 09.02.1990г. на МЗ. Комисията дава заключението си преди или след началото на хоспитализацията, но винаги преди началото на лечебните процедури, предизвикващи прекъсване на бременност.

Не се изисква протокол от комисия, съгласно Наредба №2 от 09.02.1990г. на МЗ при спешни случаи (болки и/или генитално кървене; съмнение за прогредиентен и инкомплетен аборт, независимо от срока на бременността.

Не се изисква протокол от лекарска комисия при ехографски документирані случаи на задържана бременност (missed abortion, blighted ovum).

В случай на спешност и извън посочените състояния и заболявания в приложения №1 и №2 на Наредба №2 от 09.02.1990г. на МЗ процедурата се извършва, като предоперативната епикриза се подписва и от началника на отделението (по изключение и при наличието на обективни причини, подписът може да бъде поставен и след провеждането на процедурата).

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение II - ро ниво на компетентност.

При спешна диагностика при бременни с болки и/или генитално кървене; съмнение за прогресиращ и инкомплетен аборт, независимо от срока на бременността и прилагане на мерки за прекъсване на бременността по спешни показания- най-малко на I-во ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Акушерство и гинекология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология“.

1. 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 акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зала обособена за нуждите на родилната помощ
3. Клинична лаборатория II ниво, I ниво в условия на спешност
4 . Ехограф с необходимите трансдюсери
5. Рентгенова апаратура

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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. Лаборатория (отделение) по клинична патология - на територията на областта

Простагландинов медикамент и Anti –D гама глобулин не се заплаща от НЗОК.

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура II ниво на компетентност- четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография
- за гинекологична структура II ниво на компетентност – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;

В условия на спешност:

- за акушерска структура при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология“;
- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура II ниво на компетентност- четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография
- за гинекологична структура II ниво на компетентност – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;

В условия на спешност:

- за акушерска структура при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология“;
- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика при бременни с болки и/или генитално кървене; съмнение за прогресиращ и инкомплетен аборт, независимо от срока на бременността и прилагане на мерки за прекъсване на бременността по спешни показания.

Медицинска оценка за необходимостта от прекъсване на интраутеринна бременност поради:

- Ехографски документирані случаи на задържана бременност (missed abortion, blighted ovum);
- Установена по реда Наредба № 2 от 1990 г. за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност (обн., ДВ, бр. 12 от 1990 г.) необходимост от прекъсване на интраутеринна бременност поради:
- заболяване на майката, при което износването на бременността и раждането представляват неприемлив риск;
- заболяване на майката, за чието лечение се изисква приложение на тератогенни фактори;
- експозиция (по време на бременността) на тератогенни фактори;
- бременността е настъпила след доказан от компетентните органи акт на насилие;
- плод с УЗ или други данни за малформации, несъвместими с извънматочния живот;
- мъртъв плод;
- гроздовидна бременност

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Задължителни са следните диагностични процедури:

- диагностичен ултразвук на бременна матка;
 - преглед и оценка, описани накратко (резюмирани анамнеза и оценка);
- или
- преглед и оценка, описани ограничено (етапна анамнеза и оценка);
- или
- преглед и оценка, описани обстойно (анамнеза и оценка на нов проблем);
 - гинекологично изследване (изследване на таза);
 - други неоперативни изследвания на пикочно-половата система (химично изследване на урина);
 - изследване на кръв - ПКК (диференциално броене, биохимия, серология – по показания).

Заедно с основните оперативни процедури се прилагат и една или комбинация от следните лечебни процедури:

- инжекция или инфузия на друго лечебно или профилактично вещество;
- и/или
- инжекция на антибиотик;
- и/или

- инжекция на Rh имуноглобулини (при необходимост);
и/или
- трансфузия на кръв и кръвни компоненти (при необходимост);
и/или
- инжекция или инфузия на електролити.

Прилагане на методи за прекъсване на бременността и анестезия, в съответствие със спецификата на показанията за прекъсване и състоянието на бременната.

Прекъсване на бременността **по спешност**, индицирана от прогресиращ и инкомплетен аборт, се извършва във всяко лечебно заведение за болнична помощ, разполагащо с клиника/отделение по акушерство и гинекология (гинекология).

До 13 г.с. бременността се прекъсва под обща анестезия чрез дилатация на цервикалния канал и последваща вакуум-аспирация или кюретаж, или медикаментозен аборт с регистрирани в РБългария лекарствени средства.

След 13 г.с. по преценка на лекуващия лекар, в съответствие със спецификата на показанията за прекъсване и състоянието на бременната, се използват различни методи. След експулсията на плода се извършва инструментална ревизия на маточната кухина. По преценка се назначават профилактично антибиотици. След прекъсването на бременността се потиска лактацията (бромокриптин). Независимо от срока на бременността по показания от страна на бременната при прекъсването може да е необходимо присъствието на специалист по придружаващото заболяване. При Rh – отрицателни жени се провежда анти-Д профилактика до 72-ия час от аборта.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя, съгласно критериите на утвърдения стандарт по „Акушерство и гинекология“ и „Клинична патология“ след:

хистоморфологично изследване на кюретажен материал от маточна кухина

оценка на плода от специалист по клинична патология след 14 г.с.

генетичен анализ (цитогенетичен, ДНК и др.) – по показания

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

Медицински критерии за дехоспитализация:

При придружаващи заболявания в по-тежка форма или при усложнения може да се наложи по-продължителен болничен престой след прекъсването на бременността. В случаи с придружаващи заболявания решението за дехоспитализация се взема съвместно със специалист по съответното заболяване.

Основно условие за дехоспитализация е коректно попълнен фиш “Клинико-лабораторен минимум”.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Насочване към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

Към История на бременността и раждането (ИБР) на пациента се прилага следния фиш за клинично-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО (ИБР) № ОТ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

Дата

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО Корем: <input type="checkbox"/> мек <input type="checkbox"/> напрегнат <input type="checkbox"/> балониран <input type="checkbox"/> друго (опиши) Микция: <input type="checkbox"/> спонтанна, без резидуална урина <input type="checkbox"/> друго (опиши) Дефекация: <input type="checkbox"/> спонтанна, 1-2 пъти дневно <input type="checkbox"/> друго (опиши) Раздвижване: <input type="checkbox"/> ходи без чужда помощ <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
Аксиларна t°:	Пулс:	Перисталтика: <input type="checkbox"/> с обичаен интензитет <input type="checkbox"/> друго (опиши)
СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: <input type="checkbox"/> свалени конци <input type="checkbox"/> несвалени конци <input type="checkbox"/> зараснала per primam <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО: <input type="checkbox"/> отговаря на извършената операция, без данни за усложнения <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
КРЪВНА КАРТИНА: Hb Ht Er Leu	ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ: Вр. кръвене Фибриноген	ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:
ДРУГИ ДАННИ:		

Лекуващ лекар:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *История на бременността и раждането (ИБР)* и в част II на „*Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури*“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).;

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти „Анестезия и интензивно лечение“ и „Акушерство и гинекология“.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в История на бременността и раждането (ИБР).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарт „Акушерство и гинекология“;

3.3. Документиране на следоперативните дни в История на бременността и раждането (ИБР).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *История на бременността и раждането (ИБР)*

- 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 История на бременността и раждането (ИБР).

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *История на бременността и раждането (ИБР)*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**Предлагаме Ви да прекъснем Вашата бременност, защото:**

Вие страдате от заболяване, при чието наличие износването на бременността и раждането представляват неприемлив риск за вашето здраве и живот.

- По време на бременността Ви е установено заболяване, за чието лечение организмът Ви ще бъде подложен на медицински въздействия (лекарства, лъчи), които представляват неприемлив риск за здравето и живота на нероденото Ви дете.

- По време на бременността Ви сте била изложена на един или повече вредни фактори (лъчи, отрови, медикаменти, микроби, вируси и др.), които представляват неприемлив риск за здравето и живота на нероденото Ви дете.

- С максимална категоричност е установено, че нероденото Ви дете е засегнато от тежко заболяване или аномалия.

- Бременността Ви е настъпила след доказан от компетентните органи акт на насилие спрямо Вас. Вие не желаете майчинство, свързано с оказано насилие.

- С максимална категоричност е установено, че нероденото Ви дете е мъртво.

Прекъсването на бременността Ви може да се извърши по един или повече от следните начини:

- Бързо разширяване на маточния канал със специални инструменти, последвано от аспирация (всмукване) или кюретиране на бременността от маточната кухина.

- Въвеждане в маточния канал на медицински средства, причиняващи неговото бавно разширяване.

- Въвеждане в матката на химически вещества или лекарства, които предизвикват активно свиване и разпускане на матката, с което се постига изтласкване на плода от нея. След това обикновено се налага допълнителен кюретаж.

- Прилагане на активиращи матката лекарства по друг начин – най-често венозно. След изтласкване на плода обикновено се налага допълнителен кюретаж.

- Операция, състояща се в разрязване на матката, отстраняване на бременността и последващо зашиване.

- Операция, състояща се в отстраняване на матката заедно с бременността.

Прекъсването на бременност става в специално оборудвана зала, при стриктно спазване на всички правила за безопасност.

Ще Ви бъде осигурен **надежден метод за обезболяване** – както по време на медицинската намеса, така и след това, докато съществува необходимост.

И при най-прецизна работа съществува минимален риск от засягане на маточната тъкан или на съседни органи. Макар и възникнали по изключение, такива усложнения могат да наложат допълнително лечение (вкл. коремна операция).

В акушерството са известни и други усложнения (напр. нарушения в съсирването на кръвта, възпаления и др.). В рамките на съвременната медицина съществуват средства за овладяването им.

Съществуват и рискове, свързани с медицинските намеси изобщо – без оглед дали са големи или малки. Така например, при кръвопреливане чуждата кръв може (в редки случаи) да вкара в организма Ви микроб или вирус. Някои лекарства могат да причинят свръхчувствителност (алергия).

Моля, съобщете ни за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.!

КП № 5.1 НОРМАЛНО РАЖДАНЕ

Минимален болничен престой - 3 дни,

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Спонтанно раждане при едноплодна бременност

Включва: случаи с минимална или без помощ, със или без епизиотомия
нормално раждане

O80.0 Спонтанно раждане при тилно предлежание

O80.1 Спонтанно раждане при седалищно предлежание

O80.8 Друго спонтанно раждане при едноплодна бременност

O80.9 Спонтанно раждане при едноплодна бременност, неуточнено

Спонтанно раждане БДУ

Раждање с форцепс или вакуум-екстрактор при едноплодна бременност

Не включва: неуспешно наложен форцепс или вакуум-екстрактор (O66.5)

O81.0 Налагане на нисък [изходящ] форцепс

O81.1 Налагане на среден форцепс

O81.2 Налагане на среден форцепс с ротация

O81.3 Друго и неуточнено раждане с налагане на форцепс

O81.4 Вакуум-екстракция

Акушерска вентуза

O81.5 Раждане, комбинирано с налагане на форцепс и вакуум-екстракция

Форцепс и акушерска вентуза

Родоразрешение при едноплодна бременност чрез използване на друг акушерски способ

O83.0 Седалищна екстракция

O83.1 Друго асистирано раждане при седалищно предлежание

Раждане при седалищно предлежание БДУ

O83.2 Родоразрешение с друга акушерска манипулация /с мануални методи/

Верзио на плода с екстракция

O83.3 Раждане на жив плод при абдоминална бременност

O83.4 Деструктивна операция при родоразрешаване

Клейдотомия

Краниотомия

Ембриотомия

} за улесняване на раждането

O83.8 Друго уточнено асистирано родоразрешаване при едноплодна бременност

O83.9 Асистирано родоразрешаване при едноплодна бременност

Асистирано родоразрешаване

Родоразрешаване при многоплодна бременност

При необходимост от идентифициране на метода за родоразрешаване за всеки плод или дете се използва допълнителен код (O80—O83).

O84.0 Родоразрешаване при многоплодна бременност, напълно спонтанно

O84.1 Родоразрешаване при многоплодна бременност, завършило за всички близнаци с налагане на форцепс или вакуум-екстрактор

O84.8 Друго родоразрешаване при многоплодна бременност

Комбинирани методи за родоразрешаване при многоплодна бременност

Изход от раждане

Z37.0 Едно живородено

Z37.1 Едно мъртвородено

Z37.2 Близнаци, и двамата живородени

Z37.3 Близнаци, единият живороден, другият мъртвороден

Z37.4 Близнаци, и двамата мъртвородени

Z37.5 Други многоплодни раждания, всички живородени

Z37.6 Други многоплодни раждания, някои живородени

Z37.7 Други многоплодни раждания, всички мъртвородени

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване	
16606-00	Фетална кръвна проба
1341 Фетален мониторинг	
16514-00	Вътрешен мониторинг на плода Вътрешна фетална кардиотокография [CTG] (скалп)
16514-01	Външен мониторинг на плода Външна фетална кардиотокография [CTG] Фетален контрактилен стрес } Фетален нонстрес тест } тест
1943 Ултразвук на корем или таз	
55700-00	Ултразвук за откриване аномалии на плода
55700-01	Ултразвук за измерване на фетален растеж <i>Включва:</i> фетална ултразвукова цефалометрия
55700-02	Ултразвук на корем или таз за други състояния, свързани с бременност Ултразвукова: • локализация на плацента • пелвиметрия Ултразвук на бременна матка БДУ
1945 Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55729-01	Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия <i>Включва:</i> при оценка обем на амниотична течност
1296 Процедури за изследване на други гинекологични локализации	
35500-00	Гинекологичен преглед Палпация на: • фалопиеви тръби • яйчници • матка Тазов преглед Визуален и мануален преглед на: • шийка • влагалище • вулва <i>Не включва:</i> тези с други гинекологични процедури – пропусни кода
1926 Микробиологични изследвания	
91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура Антибиограма
1932 Изследвания на урината	
91920-12	Химично изследване на урина рН Белтък Билирубин Уробилиноген Глюкоза

	Кетони Относително тегло Нитрити Левкоцити Кръв
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
1924 Биохимични изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16	Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-45	Клинично-химични изследвания за глобулин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1929 Вирусологични изследвания	
91913-00	Серологично изследване на кръв за Васерман
91911-29	Други серологични изследвания
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1337 Раждане с форцепс	
90468-00	Раждане с нисък форцепс Изходящ } Wrigley } форцепс
90468-01	Раждане с кухинен форцепс Keilland } Neville-Barnes } форцепс

1343 Други процедури, свързани с раждане

- 90472-00 Епизиотомия
Възстановяване на лацерация, разширена с епизиотомия
Включва: първично възстановяване
Не включва: вторично възстановяване (90481-00 [1344])

1339 Седалищно раждане и екстракция

- 90470-02 Асистирано седалищно раждане с форцепс на последваща глава
90470-01 Асистирано седалищно раждане
90470-04 Седалищна екстракция с форцепс на последваща глава
90470-03 Седалищна екстракция

1338 Вакуум екстракция

- 90469-00 Вакуум екстракция с раждане
Вакуум екстракция с ротация на главата
90469-01 Неуспешна вакуум екстракция
90471-06 Мануално завъртане на фетална глава

1336 Спонтанно раждане, тилно предлежание

- 90467-00 Спонтанно раждане, тилно предлежание
90470-00 Спонтанно седалищно раждане

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки
- 13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити
- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII
- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)
- 92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
- 92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

1884 Имунизация

92173-00	Пасивна имунизация с Rh (D) имуноглобулин Инжектиране на: • Anti-D (Rhesus) globulin • RhoGAM
1920 Приложение на фармакотерапия	
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])	
<i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена с кодиране на начин на родоразрешение (кодове на диагнози от рубриците O80 до O84, без кодове O82.01 O82.1 O82.2 O82.8 O82.9 и O84.2) и изход от раждането Z37.0 до Z37.7 и една от основните терапевтични процедури, както и проведени минимум две диагностични процедури, едната от които задължително включва: ПКК (91910-04, 91910-07), биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-18, 91910-20, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-41), серология (91913-00, 91911-29, 91922-00) – ако не е извършена в ИМП, насочени към основната диагноза, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Когато е налице нормално раждане, като основна терапевтична процедура се посочва код от рубриката “Мануално асистирано раждане”.

1. Окончателната диагноза се поставя след завършване на раждането.

2. Когато пациентката се превежда в друго лечебно заведение, за да бъде лекувана по КП № 169 “Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок” и КП № 170 “Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок, с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването”, КП № 5 „Раждане” не се отчита в лечебното заведение, откъдето пациентката е преведена.

В случай на възникнали след раждане тежки остри хирургични, сърдечно-съдови, мозъчно-съдови, инфекциозни и психиатрични състояния, застрашаващи живота на родилката, се допуска превеждане в друга клиника/отделение след вписана в ИЗ консултация със съответния специалист преди изтичане на минималния престой по КП № 5, като същата се заплаща.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването”.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение I - во ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Акушерство и гинекология” и I - во ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарти „Акушерство и гинекология” и „Неонатология”.

1. 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 акушерство и гинекология
2. Родилна зала
3. Операционен блок/зала обособена за нуждите на родилната помощ
4. Неонатологична клиника/отделение/ I ниво (по изключение - реанимационен кът за първична реанимация)
5. Клинична лаборатория I ниво
6 .Ехограф с абдоминален трансдюсер
7. Рентгенова апаратура

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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 и 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. Лаборатория/отделение по клинична патология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;

- лекар с придобита специалност по „Неонатология“

или

лекар със специалност по педиатрия – 15-дневно индивидуално обучение за кардиопулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност

- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по вътрешни болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;

- лекар с придобита специалност по „Неонатология“

или

лекар със специалност по педиатрия – 15-дневно индивидуално обучение за кардио-пулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност;

- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Незабавен прием и поставяне под постоянно наблюдение на бременни при:

- Започнало спонтанно раждане (раждане в ход).
- Клинични и/или токографски данни за регулярна активност (контракции) на маточния мускул, от 26 г.с. до края на бременността и с pelvic score (Bishop) 5 или по-висок.
- Клинични ехографски данни за загуба на околоплодна течност след 26 г. с.
- Плод с УЗ или други данни за малформации, несъвместими с извънутробния живот на 26+ г.с.
- Клинични, ехографски и/или кардиотокографски признаци за интраутеринна хипоксия на плода (плодовете) след 26+ г.с.
- Мъртъв плод на 26+ г.с.
- Други случаи на бременност с повишен или реализиран риск, който налага срочно (до 24 ч. от хоспитализацията) родоразрешение.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

- Интрапартална оценка на рисковете за майката и плода, включително назначаване и разчитане на кардиотокографски запис.
- Избор на начин на родоразрешение в зависимост от състоянието на майката и плода.
- Водене на раждането съобразно начина на родоразрешение.
- Координиране на акушерските и неонаталните грижи по време на раждането.
- Активно наблюдение на родилката след раждането.
- Осигуряване на възможност за контакт на майката и новороденото дете/деца.

Здравни грижи:

- подпомагане на раждащата и наблюдение на плода in utero чрез съответните клинични и технически средства;
- акуширане на раждането;
- преглед на новороденото и полагане на грижи за него;
- полагане на грижи за родилката, наблюдение на майката по време на пуерпериума и даване на съвети за отглеждане на новороденото при най-добри условия;
- промоция на кърменето.

При всички пациентки се прилага УНИВЕРСАЛНИЯТ ПАКЕТ (УП), като към него се добавя един от ПАКЕТИТЕ ЛЕЧЕБНИ ПРОЦЕДУРИ (ПЛП).

Универсалният пакет (УП) съдържа следните диагностични и терапевтични процедури, като при спонтанно раждане може да е изпълнена една терапевтична процедура и по една диагностична процедура от две различни рубрики.

Диагностични процедури: вземане на кръвна проба от плода (при необходимост), кардиотокография (при необходимост) или друго мониториране на плода; диагностичен УЗ на бременна матка (при необходимост); преглед и оценка описани накратко; преглед и оценка описани ограничено; преглед и оценка описани обстойно; гинекологично изследване; изследване на кръв (ПКК и диференциално броене - задължително, хемостазни показатели - по преценка).

Серологично изследване за сифилис (RPR или Васерман) – не е задължително, ако е извършено в извънболничната помощ.

Терапевтични процедури са една или комбинация от следните: изкуствено спукване на мембрани; медикаментозно предизвикване на раждането, операции върху плода за улесняване на раждането; мануално асистирано раждане; мануално отстраняване на плацента (при необходимост); възстановяване на прясно акушерско разкъсване (при необходимост); трансфузия на кръв и кръвни компоненти (при необходимост); инжекция или инфузия на лечебно или профилактично вещество; инжекция или инфузия на електролити и антибиотик (при необходимост); инжекция на Rh имуноглобулини (при необходимост).

При “Спонтанно раждане” – прилагането на повече от една процедура се извършва по акушерски индикации.

При “Вакуум екстракция” се извършва задължително УП и процедури: вакуум екстракция с епизотомия или друга вакуум екстракция.

При “Раждане с форцепс” се извършва задължително УП и следния пакет процедури: налагане на изходящ форцепс или нисък форцепс с епизотомия; възстановяване на вулва и перинеум (при необходимост).

При “Седалищно раждане” се извършва задължително УП и следния пакет процедури: асистирано раждане при седалищно предлежание, възстановяване на вулва и перинеум (при необходимост).

При “Цезарово сечение” се извършва задължително УП и процедурата: цезарово сечение.

Ако родилката е Rh – отрицателна и няма антитела, а съпругът и бебето са Rh-положителни, до 72 часа след раждането се извършва профилактика с анти-Д гама глобулин.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След завършване на родовия процес в зависимост от начина на родоразрешение и извършените медицински дейности.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добро общо състояние;
- липса на фебрилитет през последните 48 часа;
- нормална микция и дефекация;
- спокойна оперативна рана;
- коректно попълнен фиш "Клинико-лабораторен минимум".

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

Към История на бременността и раждането (ИБР) на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

Към История на бременността и раждането (ИБР) № от

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата:

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Корем: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

Микция: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

Дефекация: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

Раздвижване: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)

**Аксиларна
t°:**

Пулс:

Перисталтика: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)

ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:

☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения

☐ друго (опиши)

КРЪВНА КАРТИНА:

Hb
Ht
Er
Leu

ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:

Вр. кръвене
Фибриноген

ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:

ДРУГИ ДАННИ:

Лекуващ лекар:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *История на бременността и раждането (ИБР)*) 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 бременността и раждането (ИБР)*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *История на бременността и раждането (ИБР)*
- 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 *История на бременността и раждането (ИБР)*.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *История на бременността и раждането (ИБР)*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Раждането е физиологичен процес и в голям процент завършва през естествените родови пътища. При постъпване в приемното отделение бременната се посреща от специализиран екип, който извършва преглед с цел да се установят етапът на предстоящото раждане, както и изпразването на тазовите резервоари (клизма).

В предродилна зала се извършват влагалищни прегледи през 2 часа за проследяване динамиката на родовия процес (напредването на раждането). При определено разкритие се извършва изкуствено отваряне на околоплодния мехур (пукане на мехура), което е безболезнена манипулация. Детските сърдечни тонове се проследяват както с акушерска слушалка, така и със специален апарат (акушерски монитор). С цел обезболяване и скъсяване периода на раждането на бременната се прилагат определени лекарства. При недостатъчно ефективни контракции може да се приложат лекарства за засилване на родовата дейност при задължително апаратно проследяване сърдечните тонове на плода.

Раждащата се превежда в родилна зала при пълно разкритие и чувство за напъни, които наподобяват позивите при "голяма нужда". В този етап жената получава подробни обяснения относно активното ѝ поведение в периода на раждането. Проследяват се сърдечните тонове на плода след всеки напън. По преценка на лекаря се прави местна упойка за отпускане и обезболяване на тазовата мускулатура. При нужда може да се направи малък разрез на кожата и подкожието за разширяване на естествения отвор на родовия канал (епизиотомия или перинеотомия) или да се приложат оперативни методи за бързо завършване на раждането – форцепс или вакуумекстрактор. След раждането на плода се отделят плацентата и плодните ципи. За намаляване на кръвозагубата в този период венозно се прилагат медикаменти. След отделяне на плацентата се извършва инструментален преглед на меките тъкани на родовия канал. Разрезът на естествения отвор на родовия канал (ако е извършен такъв), както и спонтанни разкъсвания (ако има такива), се възстановяват по хирургичен начин след прилагане на местна упойка. Преди превеждане в послеродов сектор, родилката престоява два часа за наблюдение на общото състояние, тонуса на матката и кръвенето.

В послеродовия сектор родилката и новороденото остават няколко дни, където ежедневно се извършва лекарски преглед (визитация) от акушер-гинеколог и неонатолог (педиатър). Проследява се общото състояние на родилката, обратното развитие на матката, състоянието на гърдите и оперативните шевове (ако има такива). Двукратно в денонощието се извършва тоалет на родилката. Тя получава съвети за извършване на тоалета, за грижи за гърдите, за техниката на кърмене, за редовно изхождане по малка и голяма нужда. По преценка се извършват лабораторни, ехографски и други изследвания. Ако родилката е Rh – отрицателна и няма антитела, а съпругът и бебето са Rh-положителни, до 72 часа след раждането се извършва профилактика с анти-Д гама глобулин.

Новороденото (доносеното) се повива през 3 часа. Тоалет се извършва двукратно в денонощието (къпане, тоалет на пъпа и очите). Ваксиниране на доносено новородено срещу хепатит Б се извършва след 12-ия час от раждането, а след 48-ия час от раждането - ваксиниране с БЦЖ ваксина. Задължителното изследване за фенилкетонурия и хипотиреоидизъм се прави след 72-ия час от раждането.

При изписване родилката и новороденото се преглеждат и се оформя съответната документация.

Всяка родилка и нейният съпруг (партньор) предоставят необходимите документи във връзка с издаването на удостоверение за раждане на новороденото.

КП № 5.2 РАЖДАНЕ ЧРЕЗ ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ

Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Цезарово сечение при едноплодна бременност

O82.0 Цезарово сечение по елективни показания

Повторно цезарово сечение БДУ

O82.1 Спешно цезарово сечение

O82.2 Цезарово сечение с хистеректомия

O82.8 Друго родоразрешаване чрез цезарово сечение при едноплодна бременност

O82.9 Родоразрешаване чрез цезарово сечение, неуточнено

Родоразрешаване при многоплодна бременност

O84.2 Родоразрешаване при многоплодна бременност чрез цезарово сечение

Изход от раждане

Z37.0 Едно живородено

Z37.1 Едно мъртвородено

Z37.2 Близнаци, и двамата живородени

Z37.3 Близнаци, единият живороден, другият мъртвороден

Z37.4 Близнаци, и двамата мъртвородени

Z37.5 Други многоплодни раждания, всички живородени

Z37.6 Други многоплодни раждания, някои живородени

Z37.7 Други многоплодни раждания, всички мъртвородени

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

16606-00 Фетална кръвна проба

1341 Фетален мониторинг

16514-00 Вътрешен мониторинг на плода
Вътрешна фетална кардиотокография [CTG] (скалп)

16514-01 Външен мониторинг на плода
Външна фетална кардиотокография [CTG]
Фетален контрактилен стрес }
Фетален нонстрес тест } тест

1943 Ултразвук на корем или таз

55700-00 Ултразвук за откриване аномалии на плода

55700-01 Ултразвук за измерване на фетален растеж
Включва: фетална ултразвукова цефалометрия

55700-02 Ултразвук на корем или таз за други състояния, свързани с бременност
Ултразвукова:
• локализация на плацента
• пелвиметрия
Ултразвук на бременна матка БДУ

1945 Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

55729-01	Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия <i>Включва:</i> при оценка обем на амниотична течност
1296 Процедури за изследване на други гинекологични локализации	
35500-00	Гинекологичен преглед Палпация на: <ul style="list-style-type: none"> • фалопиеви тръби • яйчници • матка Тазов преглед Визуален и мануален преглед на: <ul style="list-style-type: none"> • шийка • влагалище • вулва <i>Не включва:</i> тези с други гинекологични процедури – пропусни кода
1926 Микробиологични изследвания	
91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура Антибиограма
1932 Изследвания на урината	
91920-12	Химично изследване на урина рН Белтък Билирубин Уробилиноген Глюкоза Кетони Относително тегло Нитрити Левкоцити Кръв
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
1924 Биохимични изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16	Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-45	Клинично-химични изследвания за глобулин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

- | | |
|----------|---|
| 91910-26 | Клинично-химични изследвания за АСАТ |
| 91910-27 | Клинично-химични изследвания за АЛАТ |
| 91910-41 | Клинично-химични изследвания за йонограма |

1929 Вирусологични изследвания

- | | |
|----------|--|
| 91913-00 | Серологично изследване на кръв за Васерман |
| 91911-29 | Други серологични изследвания |
| 91922-00 | Серологично изследване за HIV 1/2 антитела |

1934 Други лабораторни изследвания

- | | |
|----------|--|
| 92191-00 | Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 |
| 92191-01 | Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2 |

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1340 Цезарово сечение

- | | |
|----------|--|
| 16520-00 | Класическо планово цезарово сечение |
| 16520-01 | Класическо цезарово сечение по спешност |
| 16520-02 | Планово цезарово сечение в долен сегмент |
| 16520-03 | Спешно цезарово сечение в долен сегмент |

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

- | | |
|----------|---|
| 13706-02 | Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки |
| 13706-03 | Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити |
| 92061-00 | Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII |
| 92062-00 | Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP) |
| 92063-00 | Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
• Dextran
• Rheomacrodex |
| 92064-00 | Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити |

1884 Имунизация

- 92173-00 Пасивна имунизация с Rh (D) имуноглобулин
Инжектиране на:
- Anti-D (Rhesus) globulin
 - RhoGAM

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

- 96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
- 96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
- 96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
- 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
- 96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
- 96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
- 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
- 96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена с кодиране на начин на родоразрешение (кодове на диагнози от рубриците O82.0 до O82.9 и O84.2) и изход от раждането Z37.0 до Z37.7 и една от основните терапевтични процедури, както и проведени минимум две диагностични процедури, едната от които задължително включва: ПКС (91910-04, 91910-07), биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-18, 91910-20, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-41), серология (91913-00, 91911-29, 91922-00) – ако не е извършена в ИМП, насочени към основната диагноза, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Когато е налице нормално раждане, като основна терапевтична процедура се посочва код от рубриката “Мануално асистирано раждане”.

1. Окончателната диагноза се поставя след завършване на раждането.

2. Когато пациентката се изписва с диагноза O82.2 Цезарово сечение с хистеректомия или се е наложила хистеректомия след раждането, клиничната пътека завършва и се отчита по КП № 160 “Нерадикално отстраняване на матка”.

3. Когато пациентката се превежда в друго лечебно заведение, за да бъде лекувана по КП № 169 “Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок” и КП № 170 “Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок, с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването”, КП № 5 „Раждане” не се отчита в лечебното заведение, откъдето пациентката е преведена.

В случай на възникнали след раждане тежки остри хирургични, сърдечно-съдови, мозъчно-съдови, инфекциозни и психиатрични състояния, застрашаващи живота на родилката, се допуска превеждане в друга клиника/отделение след вписана в ИЗ консултация със съответния специалист преди изтичане на минималния престой по КП № 5, като същата се заплаща.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването”.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение I - во ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Акушерство и гинекология” и I - во ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарти „Акушерство и гинекология” и „Неонатология”.

1. 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 акушерство и гинекология
2. Родилна зала
3. Операционен блок/зала обособена за нуждите на родилната помощ
4. Неонатологична клиника/отделение/ I ниво (по изключение - реанимационен кът за първична реанимация)
5. Клинична лаборатория I ниво
6. Ехограф с абдоминален трансдюсер
7. Рентгенова апаратура

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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 и 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. Лаборатория/отделение по клинична патология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- лекар с придобита специалност по „Неонатология”

или

лекар със специалност по педиатрия – 15-дневно индивидуално обучение за кардиопулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност

- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- лекар с придобита специалност по „Неонатология“

или

лекар със специалност по педиатрия – 15-дневно индивидуално обучение за кардиопулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност;

- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Незабавен прием и поставяне под постоянно наблюдение на бременни при:

- Започнало спонтанно раждане (раждане в ход).
- Клинични и/или токографски данни за регулярна активност (контракции) на маточния мускул, от 26 г.с. до края на бременността и с pelvic score (Bishop) 5 или по-висок.
- Клинични ехографски данни за загуба на околоплодна течност след 26 г. с.
- Плод с УЗ или други данни за малформации, несъвместими с извънматочния живот на 26+ г.с.
- Клинични, ехографски и/или кардиотокографски признаци за интраутеринна хипоксия на плода (плодовете) след 26+ г.с.
- Мъртъв плод на 26+ г.с.
- Други случаи на бременност с повишен или реализиран риск, който налага срочно (до 24 ч. от хоспитализацията) родоразрешение.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

- Интрапартална оценка на рисковете за майката и плода, включително назначаване и разчитане на кардиотокографски запис.
- Избор на начин на родоразрешение в зависимост от състоянието на майката и плода.
- Водене на раждането съобразно начина на родоразрешение.
- Координиране на акушерските и неонаталните грижи по време на раждането.
- Активно наблюдение на родилката след раждането.
- Осигуряване на възможност за контакт на майката и новороденото дете/деца.

Здравни грижи:

- подпомагане на раждащата и наблюдение на плода in utero чрез съответните клинични и технически средства;
- акуширане на раждането;
- преглед на новороденото и полагане на грижи за него;
- полагане на грижи за родилката, наблюдение на майката по време на пуерпериума и даване на съвети за отглеждане на новороденото при най-добри условия;
- промоция на кърменето.

При всички пациентки се прилага УНИВЕРСАЛНИЯТ ПАКЕТ (УП), като към него се добавя един от ПАКЕТИТЕ ЛЕЧЕБНИ ПРОЦЕДУРИ (ПЛП).

Универсалният пакет (УП) съдържа следните диагностични и терапевтични процедури:

Диагностични процедури: вземане на кръвна проба от плода (при необходимост), кардиотокография (при необходимост) или друго мониториране на плода; диагностичен УЗ на бременна матка (при необходимост); преглед и оценка описани накратко; преглед и оценка описани ограничено; преглед и оценка описани обстойно; гинекологично изследване; изследване на кръв (ПКК и диференциално броене - задължително, хемостазни показатели - по преценка).

Серологично изследване за сифилис (RPR или Васерман) – не е задължително, ако е извършено в извънболничната помощ.

Терапевтични процедури са една или комбинация от следните: изкуствено спукване на мембрани; медикаментозно предизвикване на раждането, операции върху плода за улесняване на раждането; мануално асистирано раждане; мануално отстраняване на плацента (при необходимост); възстановяване на прясно акушерско разкъсване (при необходимост); трансфузия на кръв и кръвни компоненти (при необходимост); инжекция или инфузия на лечебно или профилактично вещество; инжекция или инфузия на електролити и антибиотик (при необходимост); инжекция на Rh имуноглобулини (при необходимост).

При “Цезарово сечение” се извършва задължително УП и процедурата: цезарово сечение.

Ако родилката е Rh – отрицателна и няма антитела, а съпругът и бебето са Rh-положителни, до 72 часа след раждането се извършва профилактика с анти-Д гама глобулин.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След завършване на родовия процес в зависимост от начина на родоразрешение и извършените медицински дейности.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добро общо състояние;
- липса на фебрилитет през последните 48 часа;
- нормална микция и дефекация;
- спокойна оперативна рана;
- коректно попълнен фиш "Клинико-лабораторен минимум".

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

Към История на бременността и раждането (ИБР) на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИСТОРИЯ НА БРЕМЕННОСТТА И РАЖДАНЕТО (ИБР) № ОТ
.....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата:

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО Корем: <input type="checkbox"/> мек <input type="checkbox"/> напрегнат <input type="checkbox"/> балониран <input type="checkbox"/> друго (опиши) Микция: <input type="checkbox"/> спонтанна, без резидуална урина <input type="checkbox"/> друго (опиши) Дефекация: <input type="checkbox"/> спонтанна, 1-2 пъти дневно <input type="checkbox"/> друго (опиши) Раздвижване: <input type="checkbox"/> ходи без чужда помощ <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
Аксиларна t°:	Пулс:	Перисталтика: <input type="checkbox"/> с обичаен интензитет <input type="checkbox"/> друго (опиши)
СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: <input type="checkbox"/> свалени конци <input type="checkbox"/> несвалени конци <input type="checkbox"/> зараснала per primam <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО: <input type="checkbox"/> отговаря на извършената операция, без данни за усложнения <input type="checkbox"/> друго (опиши)		
КРЪВНА КАРТИНА: Hb Ht Er Leu	ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ: Вр. кървене Фибриноген	ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:
ДРУГИ ДАННИ:		

Лекуващ лекар:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *История на бременността и раждането (ИБР)* и в част II на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури”* - бл.МЗ-НЗОК №7.

1. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *История на бременността и раждането (ИБР)*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- История на бременността и раждането (ИБР)
- 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 *История на бременността и раждането (ИБР)*

2. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....)
– подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *История на бременността и раждането (ИБР)*

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

В малък процент раждането може да завърши чрез цезарово сечение – по спешност или предварително планирано. Цезаровото сечение е операция, при която чрез разрез на корема се изважда бебето. Видът и мястото на разреза се определя от оператора в зависимост от конкретните условия. За начина на обезболяване по време на операцията, бременната/раждащата получава информация от анестезиолога. След операцията родилката се настанява за 12-24 часа в отделение за интензивни грижи.

В послеродовия сектор родилката и новороденото остават няколко дни, където ежедневно се извършва лекарски преглед (визитация) от акушер-гинеколог и неонатолог (педиатър). Проследява се общото състояние на родилката, обратното развитие на матката, състоянието на гърдите и оперативните шевове (ако има такива). Двукратно в денонощието се извършва тоалет на родилката. Тя получава съвети за извършване на тоалета, за грижи за гърдите, за техниката на кърмене, за редовно изхождане по малка и голяма нужда. По преценка се извършват лабораторни, ехографски и други изследвания. Ако родилката е Rh – отрицателна и няма антитела, а съпругът и бебето са Rh-положителни, до 72 часа след раждането се извършва профилактика с анти-Д гама глобулин.

Новороденото (доносеното) се повива през 3 часа. Тоалет се извършва двукратно в денонощието (къпане, тоалет на пъпа и очите). Ваксиниране на доносно новородено срещу хепатит Б се извършва след 12-ия час от раждането, а след 48-ия час от раждането - ваксиниране с БЦЖ ваксина. Задължителното изследване за фенилкетонурия и хипотиреоидизъм се прави след 72-ия час от раждането.

При изписване родилката и новороденото се преглеждат и се оформя съответната документация.

Всяка родилка и нейният съпруг (партньор) предоставят необходимите документи във връзка с издаването на удостоверение за раждане на новороденото.

КП № 6 ГРИЖИ ЗА ЗДРАВО НОВОРОДЕНО ДЕТЕ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

Z38.0	Едно дете, родено в стационар
Z38.1	Едно дете, родено извън стационар
Z38.2	Едно дете, родено на неуточнено място Живородено дете БДУ
Z38.3	Близнаци, родени в стационар
Z38.4	Близнаци, родени извън стационар
Z38.5	Близнаци, родени на неуточнено място
Z38.6	Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
Z38.7	Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
Z38.8	Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

96060-00	Оценка по Аргар
92001-00	Друга физиологична оценка Общ физикален преглед Преглед на новородено Включва: базови физикални измервания: <ul style="list-style-type: none"> • кръвно налягане • височина/дължина • температура • тегло Не включва: тестване за развитие (96184-00 [1824]) физикален преглед като част от генетична оценка (96035-00 [1824])

1934 Други лабораторни изследвания

91910-01	Неонатален скрининг Скрининг за: <ul style="list-style-type: none"> • фенилкетонурия • вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ) • хипотиреоза
----------	--

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1881 Профилактична ваксинация или инокулация срещу някои бактериални заболявания

92145-00	Ваксиниране срещу туберкулоза Прилагане на BCG ваксина
92148-00	Прилагане на тетаничен токсин Не включва: прилагане на дифтерия-тетанус-пертусис, комбинирана (92149-00 [1881])

1883 Друга ваксинация или инокулация

92168-00	Ваксиниране срещу хепатит Б
----------	-----------------------------

1920 Приложение на фармакотерапия

96203-07	Перорално прилагане на фармакологичен агент, хранително вещество
----------	--

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, една от които е задължително 91910-01 (скрининг изследване за хипотиреоидизъм, ВНХ и ФКУ), и две основни терапевтични процедури.

При отказ на майката да се поставят една или повече ваксини, КП № 6 „Грижи за здраво новородено дете” се счита за завършена и се отчита и заплаща без кода на ваксината, за която е отказа или без кода на ваксините, които са отказани. При отказ на майката от прилагането на всички ваксини, клиничната пътека се отчита само с код 96203-07 „Други” - оводняване и дохранване на новороденото с адаптирани млека. Ежедневен тоалет.

В случая майката се информира (вкл. и писмено чрез документа за информирано съгласие), за действието на ваксините, които трябва да се прилагат, съгласно изискванията на клиничната пътека.

Отказът за прилагането на ваксини се документира в ИЗ и се подписва от майката.

Документ №5 не се попълва за тази клинична пътека.

Основни процедури 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.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Неонатология”, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология”

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология”.

1. 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. Неонатологична клиника/отделение или неонатологични легла в структурата на акушерски отделения
2. Клинична лаборатория - I-во ниво на компетентност, с възможност за КАС

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

2. 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. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
2. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар с придобита специалност по „Неонатология”

или

лекар със специалност по педиатрия – 15-дневно индивидуално обучение за кардио-пулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, да имат едномесечно индивидуално обучение за кардио-пулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност.

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план при раждане на здраво новородено.

2. АЛГОРИТЪМ НА ПОВЕДЕНИЕ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

1. Оценка на състоянието след раждането по скалата на Апгар.
2. Подробен първоначален преглед в родилна зала.
3. Активно наблюдение на новороденото.
4. Ежедневен преглед от педиатър.
5. Имунизации съгласно Имунизационния календар на Република България (ваксини срещу хепатит В и туберкулоза).
6. Скрининг за хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота.
7. Осигуряване на контакт на бебето с майката.
8. Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, в т. ч.:
 - 8.1. ежедневен хигиенен тоалет;
 - 8.2. оводняване и дохранване при необходимост;
 - 8.3. подготовка и обучение на майката за кърмене на новороденото дете, контрол на кърменето;
 - 8.4. обучение на майката за изкърпване, подсушаване, грижи за кожата и пъпния остатък, хранене с шише.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

2. 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 клинично здраво новородено дете.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

- указания и препоръки за отглеждане и хранене;
- последващо наблюдение в извънболничната помощ.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

Обикновено новороденото се изписва заедно с майката – 3^{-и} – 7^{-и} ден от раждането.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Уважаеми родители,

За Вашето дете ще бъдат положени грижи в рамките на 72 часа след раждането.

Те включват:

1. Оценка на състоянието след раждането по скалата на Апгар.
2. Подробен преглед от лекар педиатър в родилна зала.
3. Ежедневен преглед от педиатър.
4. Ежедневен хигиенен тоалет.
5. Оводняване и дохранване при необходимост.
6. Имунизации съгласно Имунизационния календар на РБългария (ваксини срещу хепатит В и туберкулоза).
7. Вземане на кръв за изследване на вродени метаболитни заболявания (фенилкетонурия и хипотиреоза).
8. Допълнителни изследвания – при показания.

КП № 7 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ТЕГЛО НАД 2500 ГРАМА, ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

- Z38.0** Едно дете, родено в стационар
- Z38.1** Едно дете, родено извън стационар
- Z38.2** Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
- Z38.3** Близнаци, родени в стационар
- Z38.4** Близнаци, родени извън стационар
- Z38.5** Близнаци, родени на неуточнено място
- Z38.6** Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
- Z38.7** Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
- Z38.8** Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Вроден сифилис

A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми

Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст

Ранен вроден сифилис:

- на кожата
- на кожата и лигавиците
- висцерален

Ранен вроден сифилитичен(-на):

- ларингит
- офталмопатия
- остеохондропатия
- фарингит
- пневмония
- ринит

Други видове хипотиреоидизъм

Не включва: хипотиреоидизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреоидизъм след медицинска намеса (E89.0)

E03.1 Вроден хипотиреоидизъм без гуша

Аплазия на щитовидната жлеза (с микседем)

Вродени:

- атрофия на щитовидната жлеза
- хипотиреоидизъм БДУ

Асфиксия по време на раждане

Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скалата на Аргар без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.

Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.

Асфиксия с оценка по скалата на Аргар 0-3 през първата минута след раждането

Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.

Оценка по скалата на Apgar 4-7 през първата минута след раждането

Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.1 Транзиторна тахипнея у новороденото

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

Включва: инфекциозна пневмония, развита се вътреутробно или по време на раждането

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група B

P23.4 Вродена пневмония, причинена от *E. coli*

P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии

Haemophilus influenzae

Klebsiella pneumoniae

Mycoplasma

Стрептококи, с изключение на група B

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

P24.0 Неонатална аспирация на мекониум

P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз

Аспирация на околоплодна течност

P24.2 Неонатална аспирация на кръв

P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период

P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период

P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период

P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период

P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период

P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Не включва: вродени аномалии на системата на кръвообращението (Q20—Q28)

P29.0 Сърдечна недостатъчност на новороденото

- P29.1 Ритъмни сърдечни нарушения на новороденото**
- P29.2 Хипертония на новороденото**
- P29.3 Персистираща фетална циркулация у новороденото**
Персистиращ артериален канал у новороденото
- P29.4 Преходна миокардна исхемия на новороденото**
- P29.8 Други сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период**

Вродени вирусни болести

- P35.0 Синдром на вродена рубеола**
Вроден рубеолен пневмонит
- P35.1 Вродена цитомегаловирусна инфекция**
- P35.2 Вродена херпес симплекс инфекция [herpes simplex]**
- P35.3 Вроден вирусен хепатит**
- P35.8 Други вродени вирусни инфекции**
Вродена варицела

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

- P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група В**
- P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи**
- P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]**
- P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи**
- P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli***
- P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми**
- P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии**

Други вродени инфекциозни и паразитни болести

Не включва: вроден сифилис (A50.—)
некротичен ентероколит у плода и новороденото (P77)
неонатална диария:
• инфекциозна (A00—A09)
• неинфекциозна (P78.3)
гонококов неонатален офталмит (A54.3)
тетанус на новородено (A33)

- P37.0 Вродена туберкулоза**
- P37.1 Вродена токсоплазмоза**
Хидроцефалия, причинена от вродена токсоплазмоза
- P37.2 Неонатална (дисеминирана) листериоза**
- P37.5 Неонатална кандидоза**
- P37.8 Други уточнени вродени инфекциозни и паразитни болести**
- P38 Неонатален омфалит с необилно или липсващо кръвене**

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

- P39.0 Неонатален инфекциозен мастит**
Не включва: подуване на гръдните жлези при новородено (P83.4)
неинфекциозен мастит при новородено (P83.4)
- P39.1 Неонатален конюнктивит и дакриоцистит**
Неонатален хламидиозен конюнктивит
Неонатална офталмия БДУ
Не включва: гонококов конюнктивит (A54.3)
- P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, неклассифицирана другаде**
- P39.3 Неонатална инфекция на пикочните пътища**
- P39.4 Неонатална кожна инфекция**
Пиодермия на новородено
Не включва: пемфигус на новородено (L00)
стафилококов синдром на изгорената кожа (L00)
- P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период**

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:

- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.4 Вътремозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото

P53 Хеморагична болест на плода и новороденото

Дефицит на витамин К у новородено

Други видове неонатално кървене

Не включва: кръвозагуба на плода (P50.—)

белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период (P26.—)

P54.3 Стомашночревно кървене у новородено

Хемолитична болест на плода и новороденото

P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото

P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото

P55.8 Други форми на хемолитична болест на плода и новороденото

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)

P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания

P58.1 Неонатална жълтеница от кървене

P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция

P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия

P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото

P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв

P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)

ядрена жълтеница (P57.—)

P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане

Хипербилирубинемия на недоносените деца

Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане

P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка

P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания

Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)

P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията

P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини

P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

P61.0 Преходна неонатална тромбоцитопения
Неонатална тромбоцитопения, причинена от:

- обменно кръвопреливане
- идиопатична тромбоцитопения у майката
- изоимунизация

P61.1 Неонатална полицитемия

P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба

P61.4 Други вродени анемии, неклассифицирани другаде
Вродена анемия БДУ

P61.5 Преходна неонатална неутропения

P61.6 Други преходни неонатални коагулационни нарушения

P61.8 Други уточнени перинатални хематологични нарушения

Преходни нарушения на въглехидратната обмяна, характерни за плода и новороденото

P70.0 Неонатален синдром при майка с гестационен диабет

P70.1 Неонатален синдром при майка, болна от диабет
Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)

P70.2 Неонатален захарен диабет

P70.3 Ятрогенна неонатална хипогликемия

P70.4 Други неонатални хипогликемии
Преходна неонатална хипогликемия

Други преходни неонатални метаболитни и електролитни нарушения

P74.0 Късна метаболитна ацидоза на новородено

P74.1 Дехидратация на новородено

P74.4 Други преходни електролитни нарушения у новородено

P75* Мекониум илеус (E84.1†)

P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)

P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит

P78.1 Други форми на неонатален перитонит
Неонатален перитонит БДУ

P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв

P78.3 Неинфекциозна диария у новородено
Диария у новородено БДУ
Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)

P78.8 Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период
Вродена цирроза (чернодробна)
Пептична язва у новородено

P90 Неонатални гърчове

Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

P91.0 Неонатална церебрална исхемия

P91.1 Перивентрикуларни кисти (придобити) у новородено

P91.2 Церебрална левкомалация у новородено

P91.3 Церебрална възбудимост на новородено
P91.4 Церебрална депресия у новородено
P91.5 Неонатална кома

Други нарушения, възникващи в перинаталния период

P96.0 Вродена бъбречна недостатъчност

Уремия у новородено

P96.1 Симптоми на лекарствена абстиненция у новородено, причинени от наркомания на майката

Синдром на абстиненция у новородено, обусловен от наркомания на майката

Не включва: лекарствени реакции и интоксикации от приложени на майката опиати и транквилизатори по време на раждането и родоразрешаването (P04.0)

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на всички живородени деца на **първо място** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане”**. Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.

На **второ място** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология”), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането, (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**, както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38**.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1932 Изследвания на урината

91920-12 Химично изследване на урина

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
92057-00	Телеметрия Електрографично мониториране <i>Не включва:</i> тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])
13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
Мониторинг на съдово налягане	
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане
1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1849 Друго измерване на дихателна функция	
11503-08	Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване
1926 Микробиологични изследвания	
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
1927 Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-06	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за хистология
1926 Микробиологични изследвания	
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1923 Хематологични изследвания	
<p>Включва следните изследвания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клинично-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити. - биохимични – кръвна захар, общ белтък, - АКР - скрининг за фенилкетонурия - скрининг за хипотиреоза - скрининг за ВНХ 	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-01	Неонатален скрининг Скрининг за: <ul style="list-style-type: none"> • фенилкетонурия • вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ) • хипотиреоза
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
1926 Микробиологични изследвания	
91908-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност
91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
1895 Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92036-00	Поставяне на назогастрална сонда Сондиране за декомпресия <i>Не включва:</i> Sengstaken тръба (13506-00 [1899])
Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система	
92066-00	Поставяне на ректална тръба
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Венозна катетеризация	
13300-02	Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено <i>Включва:</i> инфузия
Венозна катетеризация	
90220-00	Катетеризация/канюлизация на друга вена
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92044-00	Друго кислородно обогатяване Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори <i>Не включва:</i> хипербарна оксигенация (виж блок [1888])
Приложение на фармакотерапия	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
 - опаковани клетки
 - червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
 - коагулационни фактори НКД
 - криопреципитати
 - фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
 - плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
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])

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
- 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])

Приложение на фармакотерапия	
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
Приложение на фармакотерапия	
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92052-00	Кардиопулмонална ресуститация
Друга фототерапия на кожа	
90677-00	<p>Друга фототерапия, кожа</p> <p>Фототерапия на новородено БДУ</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, едната от които е изследване на кръв -91910-04/ 91910-12/ 91910-17/ 91910-05, задължително скрининг за ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм- 91910-01 и 13842-01/13311-00, през първата седмица от живота и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Останалите показатели, които се изследват и са включени в рубрики 1923, 1924 и 1926, са по преценка на лекуващия лекар и са в зависимост от патологията.

Тежестта на състоянието се обективизира в реанимационен лист. Всички медико-диагностичните изследвания: АКР, ПКК, диференциално броене, се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват в ИЗ.

По тази клинична пътека могат да се приемат и отчитат и деца на възраст над 28 дни, нуждаещи се от специални грижи, свързани с по-нататъшно наблюдение и продължително лечение в бази, съгласно Медицински стандарт "Неонатология" (т. Г. "Структура по неонатология за специални грижи").

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Неонатология”, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология”.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология”.

При липса на клиника/отделение по неонатология I ниво на компетентност и наличие на клиника/отделение по педиатрия III ниво на компетентност или детска кардиология, съгласно разрешението за дейност на министъра на здравеопазването, и при наличието на специалист по педиатрия с проведен основен курс по неонатология, ЛЗБП може да сключи договор по тази КП.

1. 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. Неонатологична клиника/отделение или неонатологично отделение за специални грижи или неонатологични легла в структурата на акушерски отделения
2. Клинична лаборатория - I-во ниво на компетентност, с възможност за КАС

3. Рентгенов апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

2. 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. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
2. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар с придобита специалност по „Неонатология”

или

лекар със специалност по педиатрия – 15-дневно индивидуално обучение за кардио-пулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност;

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, да имат едномесечно индивидуално обучение за кардио-пулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

При деца с диагноза ранен вроден сифилис (код A50.0 по МКБ-10) се извършва задължително консултация с лекар – специалист по кожни болести и венерология.

При необходимост се извършва консултация с лекар със специалност по очни болести.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Осъществява се незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и лечение на новородено дете с тегло над 2500 грама при наличие на клинични и параклинични данни хемодинамична стабилност (сърдечна честота в рамки на референтни стойности, сатурация над 85%, добра диуреза вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;

- майчино-фетална инфекция;

- забавена кардиопулмонална адаптация-транзиторна тахипнея;

- хипербилирубинемия.

КОМПЛЕКС ОТ КРИТЕРИИ ЗА ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО:

1. хемодинамична стабилност (сърдечна честота в рамки на референтни стойности, сатурация над 85%, добра диуреза);

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. При необходимост от механична вентилация, детето се отчита по друга клинична пътека.

При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КТ и МРТ (последните четири при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична методики.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции и в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

Хемолитична болест – заболяване, дължащо се на имунен конфликт между майката и плода. Проявява се с ранен неонатален иктер, анемия или хидропс на новороденото. Лечението изисква спешна ексангвинотрансфузия, приложение на фототерапия и корекция на анемията. Освен специфичната терапия е необходимо и симптоматично лечение.

Перинатални жълтеници – индиректна хипербилирубинемия, свързани с физиологичната чернодробна незрялост на новороденото, резорбция на хематоми, инфекции и др. Лечението е симптоматично.

Ендокринни и метаболитни заболявания – при съмнение за такова заболяване се провежда метаболитен скрининг и биохимични изследвания. Прави се консултация със специалист по детска ендокринология или генетика и се уточнява терапевтичното поведение.

Хематологични заболявания – при съмнение се назначават специфични хемостазиологични и хематологични показатели с цел прецизиране на нозологичната категория. Лечението е по протокол.

Перинаталните разстройства на гастро-интестиналния тракт, дължащи се на аномалии в различните органи на ГИТ са заболявания, свързани със забавен пасаж, затруднено отделяне на изпражнения и трайна чревна непроходимост. Започва се със спешна ехографска и/или рентгенова диагностика, провежда се консултация със специалист по детска гастроентерология и хирург с последващо симптоматично, етиологично лечение – антибиотично (при некротизиращ ентероколит) и ако се налага - оперативна интервенция.

При аномалии на пикочополовата система – провежда се мониторинг на диуреза, биохимични показатели за преренална или ренална недостатъчност, консултация със специалист по детска нефрология, ехографско изследване и уточняване на терапевтичния протокол.

При аномалии на ССС – провежда се мониторинг на жизненоважни показатели, кръвно-газов анализ, при възможност – ехокардиография и консултация със специалист по детска кардиология. След уточняване на диагнозата се превежда за оперативна интервенция.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика и на изследванията (ПКК, биохимия, газов анализ).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

1. 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 състоянието (клинични/параклинични) и:

1.1. стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;

1.2. клинично овладяване на симптоматиката;

1.1.3. ПКК без данни за възпалителна компонента

Довършване на лечебния процес и проследяване:

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията включва, в т.ч.:

1. контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
2. продължаване на лечението;
3. рехабилитация в болнични или домашни условия;
4. препоръки за отглеждане и хранене.
5. последващо наблюдение в извънболничната помощ.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисково новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторен контрол и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

При допълнителни въпроси относно състоянието на детето и лечението родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 8 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ТЕГЛО НАД 2500 ГРАМА, ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

Минимален болничен престой – 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

- Z38.0** Едно дете, родено в стационар
- Z38.1** Едно дете, родено извън стационар
- Z38.2** Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
- Z38.3** Близнаци, родени в стационар
- Z38.4** Близнаци, родени извън стационар
- Z38.5** Близнаци, родени на неуточнено място
- Z38.6** Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
- Z38.7** Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
- Z38.8** Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Вроден сифилис

A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми

Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст

Ранен вроден сифилис:

- на кожата
- на кожата и лигавиците
- висцерален

Ранен вроден сифилитичен(-на):

- ларингит
- офталмопатия
- остеохондропатия
- фарингит
- пневмония
- ринит

Други видове хипотиреоидизъм

Не включва: хипотиреоидизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреоидизъм след медицинска намеса (E89.0)

E03.1 Вроден хипотиреоидизъм без гуша

Аплазия на щитовидната жлеза (с микседем)

Вродени:

- атрофия на щитовидната жлеза
- хипотиреоидизъм БДУ

Асфиксия по време на раждане

Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скалата на Аргар без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.

Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.

Асфиксия с оценка по скалата на Apgar 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.

Оценка по скалата на Apgar 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.1 Транзиторна тахипнея у новороденото

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

Включва: инфекциозна пневмония, развита се вътреутробно или по време на раждането

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група В

P23.4 Вродена пневмония, причинена от *E. coli*

P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии

Haemophilus influenzae

Klebsiella pneumoniae

Mycoplasma

Стрептококи, с изключение на група В

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

P24.0 Неонатална аспирация на мекониум

P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз

Аспирация на околоплодна течност

P24.2 Неонатална аспирация на кръв

P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период

P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период

P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период

P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период

P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период

P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Не включва: вродени аномалии на системата на кръвообращението (Q20—Q28)

- P29.0** Сърдечна недостатъчност на новороденото
- P29.1** Ритъмни сърдечни нарушения на новороденото
- P29.2** Хипертония на новороденото
- P29.3** Персистираща фетална циркулация у новороденото
Персистиращ артериален канал у новороденото
- P29.4** Преходна миокардна исхемия на новороденото
- P29.8** Други сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Вродени вирусни болести

- P35.0** Синдром на вродена рубеола
Вроден рубеолен пневмонит
- P35.1** Вродена цитомегаловирусна инфекция
- P35.2** Вродена херпес симплекс инфекция [herpes simplex]
- P35.3** Вроден вирусен хепатит
- P35.8** Други вродени вирусни инфекции
Вродена варицела

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

- P36.0** Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група В
- P36.1** Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи
- P36.2** Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]
- P36.3** Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи
- P36.4** Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*
- P36.5** Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми
- P36.8** Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други вродени инфекциозни и паразитни болести

Не включва: вроден сифилис (A50.—)
некротичен ентероколит у плода и новороденото (P77)
неонатална диария:

- инфекциозна (A00—A09)
- неинфекциозна (P78.3)

гонококов неонатален офталмит (A54.3)
тетанус на новородено (A33)

- P37.0** Вродена туберкулоза
- P37.1** Вродена токсоплазмоза
Хидроцефалия, причинена от вродена токсоплазмоза
- P37.2** Неонатална (дисеминирана) листериоза
- P37.5** Неонатална кандидоза
- P37.8** Други уточнени вродени инфекциозни и паразитни болести

P38 Неонатален омфалит с необилно или липсващо кръвене

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

- P39.0** Неонатален инфекциозен мастит
Не включва: подуване на гърдните жлези при новородено (P83.4)
неинфекциозен мастит при новородено (P83.4)
- P39.1** Неонатален конюнктивит и дакриоцистит
Неонатален хламидиозен конюнктивит
Неонатална офталмия БДУ
Не включва: гонококов конюнктивит (A54.3)
- P39.2** Интраамниотична инфекция на плода, неklasифицирана другаде
- P39.3** Неонатална инфекция на пикочните пътища
- P39.4** Неонатална кожна инфекция
Пиодермия на новородено
Не включва: пемфигус на новородено (L00)

P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:

- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.4 Вътримозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото

P53 Хеморагична болест на плода и новороденото

Дефицит на витамин К у новородено

Други видове неонатално кървене

Не включва: кръвозагуба на плода (P50.—)

белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период (P26.—)

P54.3 Стомашночревно кървене у новородено

Хемолитична болест на плода и новороденото

P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото

P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото

P55.8 Други форми на хемолитична болест на плода и новороденото

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)

P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания

P58.1 Неонатална жълтеница от кървене

P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция

P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия

P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото

P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв

P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)

ядрена жълтеница (P57.—)

P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане

Хипербилирубинемия на недоносените деца

Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане

P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка

- P59.2** Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
- P59.3** Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията
- P59.8** Неонатална жълтеница от други уточнени причини
- P60** Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

- P61.0** Преходна неонатална тромбоцитопения
Неонатална тромбоцитопения, причинена от:
- обменно кръвопреливане
 - идиопатична тромбоцитопения у майката
 - изоимунизация
- P61.1** Неонатална полицитемия
- P61.3** Вродена анемия от фетална кръвозагуба
- P61.4** Други вродени анемии, неклассифицирани другаде
Вродена анемия БДУ
- P61.5** Преходна неонатална неутропения
- P61.6** Други преходни неонатални коагулационни нарушения
- P61.8** Други уточнени перинатални хематологични нарушения

Преходни нарушения на въглеродният обмен, характерни за плода и новороденото

- P70.0** Неонатален синдром при майка с гестационен диабет
- P70.1** Неонатален синдром при майка, болна от диабет
Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)
- P70.2** Неонатален захарен диабет
- P70.3** Ятрогенна неонатална хипогликемия
- P70.4** Други неонатални хипогликемии
Преходна неонатална хипогликемия

Други преходни неонатални метаболитни и електролитни нарушения

- P74.0** Късна метаболитна ацидоза на новородено
- P74.1** Дехидратация на новородено
- P74.4** Други преходни електролитни нарушения у новородено
- P75*** Мекониум илеус (E84.1†)

- P77** Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)

- P78.0** Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит
- P78.1** Други форми на неонатален перитонит
Неонатален перитонит БДУ
- P78.2** Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв
- P78.3** Неинфекциозна диария у новородено
Диария у новородено БДУ
Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)
- P78.8** Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период
Вродена цирроза (чернодробна)
Пептична язва у новородено
- P90** Неонатални гърчове

Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

- P91.0** Неонатална церебрална исхемия
P91.1 Перивентрикуларни кисти (придобити) у новородено
P91.2 Церебрална левкомалация у новородено
P91.3 Церебрална възбудимост на новородено
P91.4 Церебрална депресия у новородено
P91.5 Неонатална кома

Други нарушения, възникващи в перинаталния период

- P96.0** Вродена бъбречна недостатъчност
Уремия у новородено
P96.1 Симптоми на лекарствена абстиненция у новородено, причинени от наркомания на майката
Синдром на абстиненция у новородено, обусловен от наркомания на майката
Не включва: лекарствени реакции и интоксикации от приложени на майката опиати и транквилизатори по време на раждането и родоразрешаването (P04.0)

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на всички живородени деца на **първо място** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане”**. Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.

На **второ място** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология”), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането, (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**), както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38**.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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 глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия
Електрографично мониториране
Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове
при необходимост

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв
при необходимост

Друго измерване на дихателна функция

11503-08 Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит,
метод при повторно вдишване

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92182-02 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и
чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92182-06 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за хистология

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-02 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и
чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва следните изследвания:

- клинично-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити,
- биохимични – кръвна захар, общ белтък, йонограма,
- скрининг за фенилкетонурия
- скрининг за хипотиреоза
- скрининг за ВНХ
- С-реактивен протеин -при необходимост
- АКР при необходимост

- 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
- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
- 91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
- 91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма
- 91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин при необходимост
- 91910-01 Неонатален скрининг
Скрининг за:
- фенилкетонурия
 - вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
 - хипотиреоза

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

- 91908-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

- 91920-02 микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

- 92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

- 92066-00 Поставяне на ректална тръба

1934 Други лабораторни изследвания

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
- 92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация

- 13300-02 Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено
Включва: инфузия

Венозна катетеризация

- 90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Други терапевтични интервенции на дихателна система

- 92044-00 Друго кислородно обогатяване
Каталитична кислородотерапия
Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори
Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

- 96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
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])

Приложение на фармакотерапия

96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
Приложение на фармакотерапия	
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92052-00	Кардиопулмонална ресуститация
Друга фототерапия на кожа	
90677-00	<p>Друга фототерапия, кожа</p> <p>Фототерапия на новородено БДУ</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени **три** основни диагностични процедури, едната от които е изследване на кръв - 91910-04, 91910-12, 91910-17, 91910-05 и 91910-41 и задължително скрининг за ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм- 91910-01 **през първата седмица от живота**, една процедура по преценка на лекуващия лекар и **две** основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Показателите, които се изследват и са включени в рубрика „Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи“ (91910-19, 13842-01, 13311-00) , са по преценка на лекуващия лекар и са в зависимост от патологията.

Тежестта на състоянието се обективизира с реанимационен лист. При установяване на абнормни стойности се извършват контролни изследвания. Всички медико-диагностични изследвания: КГА, ПКК, диференциално броене, мониторинг на жизненоважни показатели, се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват в ИЗ.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

По тази клинична пътека могат да се приемат и отчитат и деца на възраст над 28 дни, нуждаещи се от специални грижи, свързани с по-нататъшно наблюдение и продължително лечение в бази, съгласно Медицински стандарт “Неонатология” (т. Г. “Структура по неонатология за специални грижи”).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Неонатология”, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология”

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология”.

При липса на клиника/отделение по неонатология II ниво на компетентност и наличие на клиника/отделение по педиатрия и детска кардиология III ниво на компетентност, съгласно разрешението за дейност на министъра на здравеопазването, и при наличието на специалист по педиатрия, с проведен основен курс по неонатология, ЛЗБП може да сключи договор по тази КП.

1. 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. Неонатологична клиника/отделение или неонатологично отделение за специални грижи
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС , ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване- рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

2. 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. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При деца с диагноза ранен вроден сифилис (код A50.0 по МКБ-10) се извършва задължително консултация с лекар – специалист по кожни болести и венерология.

При необходимост се извършва консултация с лекар със специалност по очни болести.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на новородено дете с тегло над 2500 грама при наличие на клинични и параклинични данни за необходимост от поне три от посочените дейности: кислородотерапия; фототерапия; парентерално хранене, вливания на плазма, еритроцитна маса, електролити и/или аминокиселини; мониториране на жизнено важни показатели най-малко до 48 часа от раждането; антиконвулсивна терапия при необходимост; високо - технологични диагностични дейности (трансфонтанелна ехография, ЕЕГ) в резултат на:

- вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
- майчино-фетална инфекция;
- конвулсии при новороденото;
- исхемични и хеморагични поражения на централната нервна система;
- ендокринни и метаболитни разстройства на новороденото;
- хематологични разстройства.
- забавена кардиопулмонална адаптация.

КРИТЕРИИ ЗА ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО – поне три от посочените:

1. кислородотерапия;
2. фототерапия - при необходимост;
3. парентерално хранене, вливания на плазма, еритроцитна маса, електролити и/или аминокиселини;
4. мониториране на жизнено важни показатели минимум до 48 часа от раждането;
5. антиконвулсивна терапия при необходимост;
6. високо - технологични диагностични дейности (трансфонтанелна ехография, ЕЕГ).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. При необходимост от механична вентилация, детето се отчита по друга клинична пътека.

При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КАТ и МРТ (последните три при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична методики.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции и в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

Хемолитична болест – заболяване, дължащо се на имунен конфликт между майката и плода. Проявява се с ранен неонатален иктер, анемия или хидропс на новороденото. Лечението изисква спешна ексангвинотрансфузия, приложение на фототерапия и корекция на анемията. Освен специфичната терапия е необходимо и симптоматично лечение.

Перинатални жълтеници – индиректна хипербилирубинемия, свързани с физиологичната чернодробна незрялост на новороденото, резорбция на хематоми, инфекции и др. Лечението е симптоматично.

Ендокринни и метаболитни заболявания – при съмнение за такова заболяване се провежда метаболитен скрининг и биохимични изследвания. Прави се консултация със специалист по детска ендокринология или генетика и се уточнява терапевтичното поведение.

Хематологични заболявания – при съмнение се назначават специфични хемостазиологични и хематологични показатели с цел прецизиране на нозологичната категория. Лечението е по протокол.

Перинаталните разстройства на гастро-интестиналния тракт, дължащи се на аномалии в различните органи на ГИТ са заболявания, свързани със забавен пасаж, затруднено отделяне на изпражнения и трайна чревна непроходимост. Започва се със спешна ехографска и/или рентгенова диагностика, провежда се консултация със специалист по детска гастроентерология и хирург с последващо симптоматично, етиологично лечение – антибиотично (при некротизиращ ентероколит) и ако се налага - оперативна интервенция.

При аномалии на пикочополовата система – провежда се мониторинг на диуреза, биохимични показатели за преренална или ренална недостатъчност, консултация със специалист по детска нефрология, ехографско изследване и уточняване на терапевтичния протокол.

При аномалии на ССС – провежда се мониторинг на жизненоважни показатели, кръвно-газов анализ, при възможност – ехокардиография и консултация със специалист по детска кардиология. След уточняване на диагнозата се превежда за оперативна интервенция.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика и на изследванията - ПКК, биохимия, газов анализ, и/или рентген на бял дроб, микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и/или трахеален секрет) и др.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

1. 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:

1.1. стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;

1.2. клинично овладяване на симптоматиката;

1.3. ПКК без данни за възпалителна компонента.

Довършване на лечебния процес и проследяване:

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

1. контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

2. продължаване на лечението;
3. рехабилитация в болнични или домашни условия;
4. препоръки за отглеждане и хранене;
5. последващо наблюдение в извънболничната помощ.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисков новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск.
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия).
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция.
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност.
6. Новородени от многоплодна бременност.

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторинг контрол и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

При допълнителни въпроси относно състоянието на детето и лечението родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 9 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ТЕГЛО ОТ 1500 ДО 2499 ГРАМА, ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

- Z38.0** Едно дете, родено в стационар
- Z38.1** Едно дете, родено извън стационар
- Z38.2** Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
- Z38.3** Близнаци, родени в стационар
- Z38.4** Близнаци, родени извън стационар
- Z38.5** Близнаци, родени на неуточнено място
- Z38.6** Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
- Z38.7** Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
- Z38.8** Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Разстройства, свързани със скъсяване срока на бременността и ниско тегло при раждането, неклаифицирани другаде

Забележка: При налични данни за теглото и гестационната възраст, предимство се дава на теглото при раждане.

Включва: изброените състояния, без други уточнения като причина за смърт, заболяване или оказване на допълнителна помощ на новороденото

Не включва: ниско тегло при раждането, дължащо се на забавен растеж и хипотрофия на плода (P05.—)

- P07.1** Ниско тегло при раждането
Тегло при раждането 1000-2499 г.

Вроден сифилис

A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми

Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст

Ранен вроден сифилис:

- на кожата
- на кожата и лигавиците
- висцерален

Ранен вроден сифилитичен(-на):

- ларингит
- офталмопатия
- остеохондропатия
- фарингит
- пневмония
- ринит

Други видове хипотиреоидизъм

Не включва: хипотиреоидизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреоидизъм след медицинска намеса (E89.0)

- E03.1** Вроден хипотиреоидизъм без гуша
Аплазия на щитовидната жлеза (с микседем)
Вродени:

- атрофия на щитовидната жлеза
- хипотиреоидизъм БДУ

Асфиксия по време на раждане

Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скалата на Арга без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.

Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.

Асфиксия с оценка по скалата на Арга 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.

Оценка по скалата на Арга 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.1 Транзиторна тахипнея у новороденото

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

Включва: инфекциозна пневмония, развита се вътреутробно или по време на раждането

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група В

P23.4 Вродена пневмония, причинена от *E. coli*

P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии

Haemophilus influenzae

Klebsiella pneumoniae

Mycoplasma

Стрептококи, с изключение на група В

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

P24.0 Неонатална аспирация на мекониум

P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз

Аспирация на околоплодна течност

P24.2 Неонатална аспирация на кръв

P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

P25.0 Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период

P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Не включва: вродени аномалии на системата на кръвообращението (Q20—Q28)

P29.0 Сърдечна недостатъчност на новороденото

P29.1 Ритъмни сърдечни нарушения на новороденото

P29.2 Хипертония на новороденото

P29.3 Персистираща фетална циркулация у новороденото

Персистиращ артериален канал у новороденото

P29.4 Преходна миокардна исхемия на новороденото

P29.8 Други сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Вродени вирусни болести

P35.0 Синдром на вродена рубеола

Вроден рубеолен пневмонит

P35.1 Вродена цитомегаловирусна инфекция

P35.2 Вродена херпес симплекс инфекция [herpes simplex]

P35.3 Вроден вирусен хепатит

P35.8 Други вродени вирусни инфекции

Вродена варицела

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група В

P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи

P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]

P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи

P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*

P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми

P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други вродени инфекциозни и паразитни болести

Не включва: вроден сифилис (A50.—)
некротичен ентероколит у плода и новороденото (P77)
неонатална диария:
• инфекциозна (A00—A09)
• неинфекциозна (P78.3)
гонококов неонатален офталмит (A54.3)
тетанус на новородено (A33)

P37.0 Вродена туберкулоза

P37.1 Вродена токсоплазмоза

Хидроцефалия, причинена от вродена токсоплазмоза

P37.2 Неонатална (дисеминирана) листериоза

P37.5 Неонатална кандидоза

P37.8 Други уточнени вродени инфекциозни и паразитни болести

P38 Неонатален омфалит с необилно или липсващо кръвене

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

P39.0 Неонатален инфекциозен мастит

Не включва: подуване на гърдните жлези при новородено (P83.4)
неинфекциозен мастит при новородено (P83.4)

P39.1 Неонатален конюнктивит и дакриоцистит

Неонатален хламидиозен конюнктивит

Неонатална офталмия БДУ

Не включва: гонококов конюнктивит (A54.3)

P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, неклассифицирана другаде

P39.3 Неонатална инфекция на пикочните пътища

P39.4 Неонатална кожна инфекция

Пиодермия на новородено

Не включва: пемфигус на новородено (L00)
стафилококов синдром на изгорената кожа (L00)

P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:

- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.4 Вътремозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото

P53 Хеморагична болест на плода и новороденото

Дефицит на витамин К у новороденото

Хемолитична болест на плода и новороденото

P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото

P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото

P55.8 Други форми на хемолитична болест на плода и новороденото

Ядрена жълтеница

P57.0 Ядрена жълтеница от изоимунизация

P57.8 Други уточнени форми на ядрена жълтеница

Не включва: синдром на Crigler-Najjar (E80.5)

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)

P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания

P58.1 Неонатална жълтеница от кръвене

P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция

P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия

P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото

P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв

P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)

ядрена жълтеница (P57.—)

P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане

Хипербилирубинемия на недоносените деца

Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина,

- свързана с преждевременно раждане
- P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка**
- P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания**
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
- P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията**
- P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини**
- P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото**
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

- P61.1 Неонатална полицитемия**
- P61.2 Анемия на недоносеността**
- P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба**

Преходни нарушения на въглеродния обмен, характерни за плода и новороденото

- P70.0 Неонатален синдром при майка с гестационен диабет**
- P70.1 Неонатален синдром при майка, болна от диабет**
Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)
- P70.2 Неонатален захарен диабет**
- P70.3 Ятрогенна неонатална хипогликемия**
- P70.4 Други неонатални хипогликемии**
Преходна неонатална хипогликемия
- P70.8 Други преходни нарушения на въглеродния обмен у плода и новороденото**
- P70.9 Преходно нарушение на въглеродния обмен у плода и новороденото, неуточнено**

Преходни неонатални нарушения на калциевата и магнезиевата обмен

- P71.1 Други форми на неонатални хипокалциемии**
- P71.8 Други преходни неонатални нарушения на калциевата и магнезиева обмен**

- P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото**

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)

- P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период**
Мекониален перитонит
- P78.1 Други форми на неонатален перитонит**
Неонатален перитонит БДУ
- P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв**
- P78.3 Неинфекциозна диария у новородено**
Диария у новородено БДУ
Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)
- P78.8 Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период**
Вродена цироза (чернодробна)
Пептична язва у новородено
- P90 Неонатални гърчове**
Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

- P91.0 Неонатална церебрална исхемия**

P91.1	Перивентрикуларни кисти (придобити) у новородено
P91.2	Церебрална левкомалация у новородено
P91.3	Церебрална възбудимост на новородено
P91.4	Церебрална депресия у новородено
P91.5	Неонатална кома

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на всички живородени деца на **първо място** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане”**. Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.

На **второ място**, ако са налице отклонения от нормата в теглото, се поставя код от рубриките **P05** и **P07**. При липса на отклонения от нормата в теглото, такъв код не се използва.

На **трето място** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология”), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**), както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38**.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно

Включва: венозно инжектиране на багрило
Офталмоскопия

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 глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-00	Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
Мониторинг на съдово налягане	
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
Друго измерване на дихателна функция	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
Друго измерване на дихателна функция	
11503-08	Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-02	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-06	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за хистология
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-02	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-00	Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-01	Микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва следните изследвания:

- клинико-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити
- биохимични – кръвна захар, общ белтък,
- скрининг за фенилкетонурия
- скрининг за хипотиреоза
- скрининг за ВНХ

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

91910-12 Клинико-химични изследвания за глюкоза

91910-17 Клинико-химични изследвания за общ белтък

91910-01 Неонатален скрининг

Скрининг за:

- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и повърнати материи за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
антибиограма

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация	
13300-02	Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено <i>Включва: инфузия</i>
Венозна катетеризация	
90220-00	Катетеризация/канюлизация на друга вена
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92044-00	Друго кислородно обогатяване Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори <i>Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])</i>
Приложение на фармакотерапия	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • <i>тромбоцити</i>
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
Приложение на фармакотерапия	
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

<ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>	
Приложение на фармакотерапия	
96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
Приложение на фармакотерапия	
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Приложение на фармакотерапия	
96199-11	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92052-00	Кардиопулмонална ресуситация

Друга фототерапия на кожа	
90677-00	Друга фототерапия, кожа Фототерапия на новородено БДУ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, едната от които задължително е изследване на кръв, включващо: 91910-04, 91910-12, 91910-17, 91910-05 и задължително скрининг за ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм- 91910-01, **през първата седмица от живота** и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

По тази клинична пътека могат да се приемат и отчитат и деца на възраст над 28 дни, нуждаещи се от специални грижи, свързани с по-нататъшно наблюдение и продължително лечение в бази, съгласно Медицински стандарт “Неонатология” (т. Г. “Структура по неонатология за специални грижи”).

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология“.

При липса на клиника/отделение по неонатология I ниво на компетентност и наличие на клиника/отделение по педиатрия и детска кардиология III ниво на компетентност, съгласно разрешението за дейност на министъра на здравеопазването, и при наличието на специалист по педиатрия, с проведен основен курс по неонатология, ЛЗБП може да сключи договор по тази КП.

1. 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. Неонатологична клиника/отделение или неонатологично отделение за специални грижи или неонатологични легла в структурата на акушерски отделения
2. Клинична лаборатория - I-во ниво на компетентност, с възможност за КАС
3. Рентгенов апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

2. 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. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
2. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар с придобита специалност по „Неонатология”

или

лекар със специалност по педиатрия – с 15-дневно индивидуално обучение за кардио-пулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност.

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, да имат едномесечно индивидуално обучение за кардио-пулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

При деца с диагноза ранен вроден сифилис (код A50.0 по МКБ-10) се извършва задължително консултация с лекар – специалист по кожни болести и венерология.

При необходимост се извършва консултация с лекар със специалност по очни болести.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на новородено дете с ниско тегло 1500-2499 грама при наличие на клинични и параклинични данни за хемодинамична стабилност (сърдечна честота в рамки на референтни стойности, сатурация над 85%, добра диуреза), необходимост от парентерално хранене и/или кислородотерапия в резултат на:

- вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
- майчино-фетална инфекция;
- перинатални жълтеници.

КОМПЛЕКС ОТ КРИТЕРИИ ЗА ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО:

1. хемодинамична стабилност (сърдечна честота в рамки на референтни стойности, сатурация над 85%, добра диуреза);

2. необходимост от парентерално хранене и/или кислородотерапия;

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. При необходимост от механична вентилация, детето се отчита по друга клинична пътека.

При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично,

хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КАТ и МРТ (последните четири при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична процедури.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

Хемолитична болест – заболяване, дължащо се на имунен конфликт между майката и плода. Проявява се с ранен неонатален иктер, анемия или хидропс на новороденото. Лечение изисква спешна ексангвинотрансфузия, приложение на фототерапия и корекция на анемията. Освен специфичната терапия е необходимо и симптоматично лечение.

Перинатални жълтеници – индиректна хипербилирубинемия, свързани с физиологичната чернодробна незрялост на новороденото, резорбция на хематоми, инфекции и др. Лечението е симптоматично.

Ендокринни и метаболитни заболявания – при съмнение за такова заболяване се провежда метаболитен скрининг и биохимични изследвания. Прави се консултация със специалист по детска ендокринология или генетик и се уточнява терапевтичното поведение.

Хематологични заболявания – при съмнение се назначават специфични хемостазиологични и хематологични показатели с цел прецизиране на нозологичната категория. Лечението е по протокол.

Перинаталните разстройства на гастроинтестиналния тракт, дължащи се на аномалии в различните органи на ГИТ са заболявания, свързани със забавен пасаж, затруднено отделяне на изпражнения и трайна чревна непроходимост. Започва се със спешна ехографска и/или рентгенова диагностика, провежда се консултация със специалист по детска гастроентерология и хирург с последващо симптоматично, етиологично лечение – антибиотично (при некротизиращ ентероколит) и ако се налага - оперативна интервенция.

При аномалии на пикочополовата система – провежда се мониторинг на диуреза, биохимични показатели за преренална или ренална недостатъчност, консултация със специалист по детска нефрология, ехографско изследване и уточняване на терапевтичния протокол.

При аномалии на ССС – провежда се мониторинг на жизненоважни показатели, кръвно-газов анализ, при възможност – ехокардиография и консултация със специалист по детска кардиология. След уточняване на диагнозата се превежда за оперативна интервенция.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия); микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и/или трахеален секрет) и др.

Отчитането по тази клинична пътека се извършва на база на тегло на новороденото при приемане.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота.
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента

Довършване на лечебния процес и проследяване:

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението;
- рехабилитация в болнични или домашни условия;
- препоръки за отглеждане и хранене;
- последващо наблюдение в извънболничната помощ.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена на новороденото до получаване на собствено ЕГН.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ *“ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисково новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск.
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия).
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция.
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност.
6. Новородени от многоплодна бременност.

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторинг и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

При допълнителни въпроси относно състоянието на детето и лечението родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 10 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ТЕГЛО ОТ 1500 ДО 2499 ГРАМА, ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

Минимален болничен престой –7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

- Z38.0** Едно дете, родено в стационар
- Z38.1** Едно дете, родено извън стационар
- Z38.2** Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
- Z38.3** Близнаци, родени в стационар
- Z38.4** Близнаци, родени извън стационар
- Z38.5** Близнаци, родени на неуточнено място
- Z38.6** Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
- Z38.7** Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
- Z38.8** Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Вроден сифилис

A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми

Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст

Ранен вроден сифилис:

- на кожата
- на кожата и лигавиците
- висцерален

Ранен вроден сифилитичен(-на):

- ларингит
- офталмопатия
- остеохондропатия
- фарингит
- пневмония
- ринит

Други видове хипотиреоидизъм

Не включва: хипотиреоидизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреоидизъм след медицинска намеса (E89.0)

E03.1 Вроден хипотиреоидизъм без гуша

Аплазия на щитовидната жлеза (с микседем)

Вродени:

- атрофия на щитовидната жлеза
- хипотиреоидизъм БДУ

Разстройства, свързани със скъсяване срока на бременността и ниско тегло при раждането, неклассифицирани другаде

Забележка: При налични данни за теглото и гестационната възраст, предимство се дава на теглото при раждане.

Включва: изброените състояния, без други уточнения като причина за смърт, заболяване или оказване на допълнителна помощ на новороденото

Не включва: ниско тегло при раждането, дължащо се на забавен растеж и хипотрофия на плода (P05.—)

P07.1 Ниско тегло при раждането
Тегло при раждането 1000-2499 г.

Асфиксия по време на раждане

Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скалата на Арга без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.

Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.

Асфиксия с оценка по скалата на Арга 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.

Оценка по скалата на Арга 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.1 Транзиторна тахипнея у новороденото

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

Включва: инфекциозна пневмония, развита се вътреутробно или по време на раждането

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група В

P23.4 Вродена пневмония, причинена от *E. coli*

P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии

Haemophilus influenzae

Klebsiella pneumoniae

Mycoplasma

Стрептококи, с изключение на група В

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

P24.0 Неонатална аспирация на мекониум

P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз

Аспирация на околоплодна течност

P24.2 Неонатална аспирация на кръв

P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период

P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Не включва: вродени аномалии на системата на кръвообращението (Q20—Q28)

P29.0 Сърдечна недостатъчност на новороденото

P29.1 Ритъмни сърдечни нарушения на новороденото

P29.2 Хипертония на новороденото

P29.3 Персистираща фетална циркулация у новороденото

Персистиращ артериален канал у новороденото

P29.4 Преходна миокардна исхемия на новороденото

P29.8 Други сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Вродени вирусни болести

P35.0 Синдром на вродена рубеола

Вроден рубеолен пневмонит

P35.1 Вродена цитомегаловирусна инфекция

P35.2 Вродена херпес симплекс инфекция [herpes simplex]

P35.3 Вроден вирусен хепатит

P35.8 Други вродени вирусни инфекции

Вродена варицела

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група В

P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи

P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]

P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи

P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*

P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми

P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други вродени инфекциозни и паразитни болести

Не включва: вроден сифилис (A50.—)
некротичен ентероколит у плода и новороденото (P77)
неонатална диария:
• инфекциозна (A00—A09)
• неинфекциозна (P78.3)
гонококов неонатален офталмит (A54.3)
тетанус на новородено (A33)

P37.0 Вродена туберкулоза

P37.1 Вродена токсоплазмоза

Хидроцефалия, причинена от вродена токсоплазмоза

P37.2 Неонатална (дисеминирана) листериоза

P37.5 Неонатална кандидоза

P37.8 Други уточнени вродени инфекциозни и паразитни болести

P38 Неонатален омфалит с необилно или липсващо кървене

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

P39.0 Неонатален инфекциозен мастит

Не включва: подуване на гърдните жлези при новородено (P83.4)
неинфекциозен мастит при новородено (P83.4)

P39.1 Неонатален конюнктивит и дакриоцистит

Неонатален хламидиозен конюнктивит

Неонатална офталмия БДУ

Не включва: гонококов конюнктивит (A54.3)

P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, неклассифицирана другаде

P39.3 Неонатална инфекция на пикочните пътища

P39.4 Неонатална кожна инфекция

Пиодермия на новородено

Не включва: пемфигус на новородено (L00)

стафилококов синдром на изгорената кожа (L00)

P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:

- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.4 Вътремозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото

P53 Хеморагична болест на плода и новороденото

Дефицит на витамин К у новороденото

Хемолитична болест на плода и новороденото

P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото

P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото

P55.8 Други форми на хемолитична болест на плода и новороденото

Ядрена жълтеница

P57.0 Ядрена жълтеница от изоимунизация

P57.8 Други уточнени форми на ядрена жълтеница

Не включва: синдром на Crigler-Najjar (E80.5)

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)

P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания

P58.1 Неонатална жълтеница от кървене

P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция

P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия

P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото

P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв

P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)

ядрена жълтеница (P57.—)

- P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане**
Хипербилирубинемия на недоносените деца
Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане
- P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка**
- P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания**
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
- P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията**
- P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини**
- P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото**
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

- P61.1 Неонатална полицитемия**
- P61.2 Анемия на недоносеността**
- P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба**

Преходни нарушения на въглеродният обмен, характерни за плода и новороденото

- P70.0 Неонатален синдром при майка с гестационен диабет**
- P70.1 Неонатален синдром при майка, болна от диабет**
Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)
- P70.2 Неонатален захарен диабет**
- P70.3 Ятрогенна неонатална хипогликемия**
- P70.4 Други неонатални хипогликемии**
Преходна неонатална хипогликемия
- P70.8 Други преходни нарушения на въглеродният обмен у плода и новороденото**
- P70.9 Преходно нарушение на въглеродният обмен у плода и новороденото, неуточнено**

Преходни неонатални нарушения на калциевата и магнезиевата обмен

- P71.1 Други форми на неонатални хипокалциемии**
- P71.8 Други преходни неонатални нарушения на калциевата и магнезиева обмен**

- P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото**

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)

- P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период**
Мекониален перитонит
- P78.1 Други форми на неонатален перитонит**
Неонатален перитонит БДУ
- P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв**
- P78.3 Неинфекциозна диария у новородено**
Диария у новородено БДУ
Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)
- P78.8 Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период**
Вродена цироза (чернодробна)
Пептична язва у новородено
- P90 Неонатални гърчове**
Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

- R91.0** Неонатална церебрална исхемия
R91.1 Перивентрикуларни кисти (придобити) у новородено
R91.2 Церебрална левкомалация у новородено
R91.3 Церебрална възбудимост на новородено
R91.4 Церебрална депресия у новородено
R91.5 Неонатална кома

Други нарушения, възникващи в перинаталния период

- R96.1** Симптоми на лекарствена абстиненция у новородено, причинени от наркомания на майката
Синдром на абстиненция у новородено, обусловен от наркомания на майката
Не включва: лекарствени реакции и интоксикации от приложени на майката опиати и транквилизатори по време на раждането и родоразрешаването (P04.0)

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на всички живородени деца на **първо място** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане”**. Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.

На **второ място**, ако са налице отклонения от нормата в теглото, се поставя код от рубриците **P05** и **P07**. При липса на отклонения от нормата в теглото, такъв код не се използва.

На **трето място** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология”), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**), както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38**.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

- 11212-00** Изследване на очно дъно
Включва: венозно инжектиране на багрило
Офталмоскопия

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 глава или шия	
55028-00	Ултразвук на глава Ехоенцефалография <i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-00	Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
Мониторинг на съдово налягане	
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
Друго измерване на дихателна функция	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
Друго измерване на дихателна функция	
	11503-08 Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-02	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-06	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за хистология
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-02	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-00	Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-01	Микроскопско изследване на кръв за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
<ul style="list-style-type: none"> - клинично-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити; - биохимични – кръвна захар, общ белтък, йонограма, - скрининг за фенилкетонурия - скрининг за хипотиреоза - скрининг за ВНХ <p>По клинични показания се извършва изследване за С-реактивен протеин и/или билирубин</p>	
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
91910-01	<p>Неонатален скрининг</p> <p>Скрининг за:</p> <ul style="list-style-type: none"> • фенилкетонурия • вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ) • хипотиреоза <p>по показания:</p>
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин по показания
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин по показания
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91908-02	Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и повърнати материи за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91920-02	<p>Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност</p> <p>Включва: урокултура антибиограма</p>
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92036-00	<p>Поставяне на назогастрална сонда</p> <p>Сондиране за декомпресия</p> <p>Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])</p>
Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система	
92066-00	Поставяне на ректална тръба
1934	Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация

13300-02 Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено

Включва: инфузия

Венозна катетеризация

90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92044-00 Друго кислородно обогатяване

Каталитична кислородотерапия

Циторедуктивен ефект

Кислородотерапия

Оксигенатори

Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити

Трансфузия на:

- тромбоцити

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:

- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

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

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])

Приложение на фармакотерапия

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Приложение на фармакотерапия

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

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противoinфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър Кодирай също когато е направена: <ul style="list-style-type: none"> • 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, противоифекциозен агент
Приложение на фармакотерапия	
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант <i>Виж допълнителни знаци</i>
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92052-00	Кардиопулмонална ресуситация
Друга фототерапия на кожа	
90677-00	Друга фототерапия, кожа Фототерапия на новородено БДУ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, едната от които задължително е изследване на кръв-91910-04, 91910-12, 91910-05, 91910-41 и задължително скрининг за ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм (91910-01), **през първата седмица от живота**) и три основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Показателите, които се изследват и са включени в рубрика „Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи“ (91910-19, 91910-17, 91910-15), са по преценка на лекуващия лекар и са при клинични показания.

По тази клинична пътека могат да се приемат и отчитат и деца на възраст над 28 дни, нуждаещи се от специални грижи, свързани с по-нататъшно наблюдение и продължително лечение в бази, съгласно Медицински стандарт “Неонатология” (т. Г. “Структура по неонатология за специални грижи”).

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;

- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология“.

При липса на клиника/отделение по неонатология II ниво на компетентност и наличие на клиника/отделение по педиатрия и детска кардиология III ниво на компетентност, съгласно разрешението за дейност на министъра на здравеопазването, и при наличието на специалист по педиатрия с проведен основен курс по неонатология, ЛЗБП може да сключи договор по тази КП.

1. 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. Неонатологична клиника/отделение или Неонатологично отделение за специални грижи на недоносени деца
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС, ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване - рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

2. 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. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При деца с диагноза ранен вроден сифилис (код A50.0 по МКБ-10) се извършва задължително консултация с лекар – специалист по кожни болести и венерология.

При необходимост се извършва консултация с лекар със специалност по очни болести.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на новородено дете с ниско тегло 1500-2499 грама при наличие на клинични и параклинични данни за нестабилна хемодинамика и мониториране на жизненоважни показатели до стабилизиране на хемодинамиката, необходимост от парентерално хранене и/или кислородотерапия в резултат:

- перинатална и интрапартална асфиксия;
- конвулсии при новороденото;
- шокови състояния;
- исхемични и хеморагични поражения на централната нервна система;
- майчино-фетални инфекции;
- инфекции, специфични за неонаталния период;
- ендокринни и метаболитни разстройства на новороденото;
- хематологични разстройства;
- хипербилирубинемии.

КОМПЛЕКС ОТ КРИТЕРИИ ЗА ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО:

1. необходимост от парентерално хранене и/или кислородотерапия;
2. нестабилна хемодинамика и мониториране на жизненоважни показатели до стабилизиране на хемодинамиката.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. При необходимост от механична вентилация, детето се отчита по друга клинична пътека.

При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КАТ и МРТ (последните четири при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична процедури.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

Хемолитична болест – заболяване, дължащо се на имунен конфликт между майката и плода. Проявява се с ранен неонатален иктер, анемия или хидропс на новороденото. Лечение изисква спешна ексангвинотрансфузия, приложение на фототерапия и корекция на анемията. Освен специфичната терапия е необходимо и симптоматично лечение.

Перинатални жълтеници – индиректна хипербилирубинемия, свързани с физиологичната чернодробна незрялост на новороденото, резорбция на хематоми, инфекции и др. Лечението е симптоматично.

Ендокринни и метаболитни заболявания – при съмнение за такова заболяване се провежда метаболитен скрининг и биохимични изследвания. Прави се консултация със специалист по детска ендокринология или генетика и се уточнява терапевтичното поведение.

Хематологични заболявания – при съмнение се назначават специфични хемостазиологични и хематологични показатели с цел прецизиране на нозологичната категория. Лечението е по протокол.

Перинаталните разстройства на гастроинтестиналния тракт, дължащи се на аномалии в различните органи на ГИТ са заболявания, свързани със забавен пасаж, затруднено отделяне на изпражнения и трайна чревна непроходимост. Започва се със спешна ехографска и/или рентгенова диагностика, провежда се консултация със специалист по детска гастроентерология и хирург с последващо симптоматично, етиологично лечение – антибиотично (при некротизиращ ентероколит) и ако се налага - оперативна интервенция.

При аномалии на пикочополовата система – провежда се мониторинг на диуреза, биохимични показатели за преренална или ренална недостатъчност, консултация със специалист по детска нефрология, ехографско изследване и уточняване на терапевтичния протокол.

При аномалии на ССС – провежда се мониторинг на жизненоважни показатели, кръвно-газов анализ, при възможност – ехокардиография и консултация със специалист по детска кардиология. След уточняване на диагнозата се превежда за оперативна интервенция.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, микробиологично изследване и др.)

Отчитането по тази клинична пътека се извършва на база на тегло на новороденото при приемане.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

Довършване на лечебния процес и проследяване:

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението;
- рехабилитация в болнични или домашни условия;
- препоръки за отглеждане и хранене;
- последващо наблюдение в извънболничната помощ.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисково новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторинг и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

При допълнителни въпроси относно състоянието на детето и лечението родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 11 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ТЕГЛО ПОД 1499 ГРАМА

Минимален болничен престой – 15 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

- Z38.0** Едно дете, родено в стационар
- Z38.1** Едно дете, родено извън стационар
- Z38.2** Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
- Z38.3** Близнаци, родени в стационар
- Z38.4** Близнаци, родени извън стационар
- Z38.5** Близнаци, родени на неуточнено място
- Z38.6** Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
- Z38.7** Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
- Z38.8** Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Разстройства, свързани със скъсяване срока на бременността и ниско тегло при раждането, неклаифицирани другаде

Забележка: При налични данни за теглото и гестационната възраст, предимство се дава на теглото при раждане.

Включва: изброените състояния, без други уточнения като причина за смърт, заболяване или оказване на допълнителна помощ на новороденото

Не включва: ниско тегло при раждането, дължащо се на забавен растеж и хипотрофия на плода (P05.—)

P07.0 Изключително ниско тегло при раждането
Тегло при раждането 999 г или по-малко.

P07.1 Ниско тегло при раждането
Тегло при раждането 1000-2499 г.

Вроден сифилис

A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми

Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст

Ранен вроден сифилис:

- на кожата
- на кожата и лигавиците
- висцерален

Ранен вроден сифилитичен(-на):

- ларингит
- офталмопатия
- остеохондропатия
- фарингит
- пневмония
- ринит

Други видове хипотиреоидизъм

Не включва: хипотиреодизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреодизъм след медицинска намеса (E89.0)

E03.1 Вроден хипотиреодизъм без гуша
Аплазия на щитовидната жлеза (с микседем)
Вродени:
• атрофия на щитовидната жлеза
• хипотиреодизъм БДУ

Асфиксия по време на раждане

Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скалата на Арга без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.

Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)

P21.0 Тежка асфиксия при раждане
Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.
Асфиксия с оценка по скалата на Арга 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане
Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.
Оценка по скалата на Арга 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром
Хиалинно-мембранна болест

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

Включва: инфекциозна пневмония, развита се вътреутробно или по време на раждането

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)

P23.0 Вродена вирусна пневмония
Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група В

P23.4 Вродена пневмония, причинена от *E. coli*

P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии
Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Mycoplasma
Стрептококи, с изключение на група В

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период

P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период

P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период

P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период

P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период

P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Вродени вирусни болести

P35.0 Синдром на вродена рубеола

Вроден рубеолен пневмонит

P35.1 Вродена цитомегаловирусна инфекция

P35.2 Вродена херпес симплекс инфекция [herpes simplex]

P35.3 Вроден вирусен хепатит

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група В

P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи

P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]

P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи

P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*

P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми

P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други вродени инфекциозни и паразитни болести

Не включва: вроден сифилис (A50.—)
некротичен ентероколит у плода и новороденото (P77)
неонатална диария:
• инфекциозна (A00—A09)
• неинфекциозна (P78.3)
гонококов неонатален офталмит (A54.3)
тетанус на новородено (A33)

P37.0 Вродена туберкулоза

P37.1 Вродена токсоплазмоза

Хидроцефалия, причинена от вродена токсоплазмоза

P37.2 Неонатална (дисеминирана) листериоза

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

P39.0 Неонатален инфекциозен мастит

Не включва: подуване на гърдните жлези при новородено (P83.4)
неинфекциозен мастит при новородено (P83.4)

P39.1 Неонатален конюнктивит и дакриоцистит

Неонатален хламидиозен конюнктивит

Неонатална офталмия БДУ

Не включва: гонококов конюнктивит (A54.3)

P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, неклассифицирана другаде

P39.3 Неонатална инфекция на пикочните пътища

P39.4 Неонатална кожна инфекция

Пиодермия на новородено

Не включва: пемфигус на новородено (L00)
стафилококов синдром на изгорената кожа (L00)

P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:

- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.4 Вътримозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото

P53 Хеморагична болест на плода и новороденото

Дефицит на витамин К у новороденото

Хемолитична болест на плода и новороденото⁵³

P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото

P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото

P55.8 Други форми на хемолитична болест на плода и новороденото

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)

P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания

P58.1 Неонатална жълтеница от кръвене

P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция

P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия

P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код (клас XX).

P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв

P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)

ядрена жълтеница (P57.—)

P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане

Хипербилирубинемия на недоносените деца

Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане

P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка

- P59.2** Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
- P59.3** Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията
- P59.8** Неонатална жълтеница от други уточнени причини

- P60** Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

- P61.1** Неонатална полицитемия
- P61.2** Анемия на недоносеността

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

- P61.3** Вродена анемия от фетална кръвозагуба

Преходни нарушения на въглехидратната обмяна, характерни за плода и новороденото

- P70.0** Неонатален синдром при майка с гестационен диабет
- P70.1** Неонатален синдром при майка, болна от диабет
Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)
- P70.2** Неонатален захарен диабет
- P70.3** Ятрогенна неонатална хипогликемия
- P70.4** Други неонатални хипогликемии
Преходна неонатална хипогликемия
- P70.8** Други преходни нарушения на въглехидратната обмяна у плода и новороденото
- P70.9** Преходно нарушение на въглехидратната обмяна у плода и новороденото, неуточнено

- P77** Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)

- P78.0** Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит
- P78.1** Други форми на неонатален перитонит
Неонатален перитонит БДУ
- P78.2** Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв
- P78.3** Неинфекциозна диария у новородено
Диария у новородено БДУ
Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)
- P78.8** Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период
Вродена цироза (чернодробна)
Пептична язва у новородено
- P90** Неонатални гърчове

Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

P91.0 Неонатална церебрална исхемия

P91.1 Перивентрикуларни кисти (придобити) у новородено

P91.2 Церебрална левкомалация у новородено

P91.3 Церебрална възбудимост на новородено

P91.4 Церебрална депресия у новородено

P91.5 Неонатална кома

P96.0 Вродена бъбречна недостатъчност

Уремия у новородено

P96.1 Симптоми на лекарствена абстиненция у новородено, причинени от наркомания на майката

Синдром на абстиненция у новородено, обусловен от наркомания на майката

Не включва: лекарствени реакции и интоксикации от приложени на майката опиати и транквилизатори по време на раждането и родоразрешаването (P04.0)

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване“ и „Направление за хоспитализация“ на всички живородени деца на **първо място** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане“**. Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.

На **второ място**, ако са налице отклонения от нормата в теглото, се поставя код от рубриците **P05** и **P07**. При липса на отклонения от нормата в теглото, такъв код не се използва.

На **трето място** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология“), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**), както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване“ и „Направление за хоспитализация“ на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38**.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно

Включва: венозно инжектиране на багрило
офталмоскопия

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма

сърце бял дроб медиастинум <i>Не включва:</i> такава на: <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974]) 	
Ултразвук на глава или шия	
55028-00	Ултразвук на глава Ехоенцефалография <i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-00	Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
Мониторинг на съдово налягане	
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
Друго измерване на дихателна функция	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
Друго измерване на дихателна функция	
11503-08	Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-02	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-06	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за хистология

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-02 микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва следните изследвания:

- клинично-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити
- биохимични – кръвна захар, общ белтък,
- Скрининг за фенилкетонурия
- Скрининг за хипотиреоза
- Скрининг за ВНХ

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

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-01 Неонатален скрининг

Скрининг за:

- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
антибиограма

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Венозна катетеризация	
13300-02	Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено <i>Включва:</i> инфузия
Венозна катетеризация	
90220-00	Катетеризация/канюлизация на друга вена
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92044-00	Друго кислородно обогатяване Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори <i>Не включва:</i> хипербарна оксигенация (виж блок [1888])
Приложение на фармакотерапия	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
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])

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
- 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])

Приложение на фармакотерапия

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

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

- 92052-00 Кардиопулмонална ресуститация

Друга фототерапия на кожа

- 90677-00 Друга фототерапия, кожа
Фототерапия на новородено БДУ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, едната от които задължително е изследване на кръв-

91910-04, 91910-12, 91910-17, 91910-05 и задължително скрининг за ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм- 91910-01, **през първата седмица от живота**, третата процедура е по преценка на лекуващия лекар и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Показателите, които се изследват и са включени в код 90.59, са по преценка на лекуващия лекар и са в зависимост от патологията.

По тази клинична пътека могат да се приемат и отчитат и деца на възраст над 28 дни, нуждаещи се от специални грижи, свързани с по-нататъшно наблюдение и продължително лечение в бази, съгласно Медицински стандарт "Неонатология" (т. Г. "Структура по неонатология за специални грижи").

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.

Процедура „Възстановяване на ретинално отлепване с криотерапия“, която се извършва при новородените деца, се заплаща на очните специалисти.

При необходимост от превеждане на новороденото за спешно хирургично лечение, клиничната пътека се счита за завършена при изпълнени всички задължителни диагностични и терапевтични процедури, без да е спазен задължителният минимален болничен престой.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология“.

1. 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. Неонатологична клиника/отделение или Неонатологично отделение за специални грижи на недоносени деца
2. Звено за интензивни грижи
3. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС, ПКК – 24 часа в денонощието.
4. Структура за рентгеново изследване - рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

2. 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. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КАТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ - на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При деца с диагноза ранен вроден сифилис (код A50.0 по МКБ-10) се извършва задължително консултация с лекар – специалист по кожни болести и венерология.

При необходимост се извършва консултация с лекар със специалност по очни болести.

I. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на новородено дете с ниско тегло под 1500 грама при наличие на клинични и параклинични данни за:

- вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
- шокови състояния;
- неонатален сепсис;
- майчино-фетална инфекция;
- конвулсии при новороденото;
- исхемични и хеморагични поражения на централната нервна система;
- перинатални жълтеници;
- инфекции, специфични за неонаталния период;
- ендокринни и метаболитни разстройства на новороденото;
- хематологични разстройства.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. При необходимост от механична вентилация, детето се отчита по друга клинична пътека.

При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КТ и МРТ (последните три при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична дейности.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна

на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

Хемолитична болест – заболяване, дължащо се на имуен конфликт между майката и плода. Проявява се с ранен неонатален иктер, анемия или хидропс на новороденото. Лечението изисква спешна ексангвинотрансфузия, приложение на фототерапия и корекция на анемията. Освен специфичната терапия е необходимо и симптоматично лечение.

Перинатални жълтеници – индиректна хипербилирубинемия, свързани с физиологичната чернодробна незрялост на новороденото, резорбция на хематоми, инфекции и др. Лечението е симптоматично.

Ендокринни и метаболитни заболявания – при съмнение за такова заболяване се провежда метаболитен скрининг и биохимични изследвания. Прави се консултация със специалист по детска ендокринология или генетик и се уточнява терапевтичното поведение.

Хематологични заболявания – при съмнение се назначават специфични хемостазиологични и хематологични показатели с цел прецизиране на нозологичната категория. Лечението е по протокол.

Перинаталните разстройства на гастро-интестиналния тракт, дължащи се на аномалии в различните органи на ГИТ са заболявания, свързани със забавен пасаж, затруднено отделяне на изпражнения и трайна чревна непроходимост. Започва се със спешна ехографска и/или рентгенова диагностика, провежда се консултация със специалист по детска гастроентерология и хирург с последващо симптоматично, етиологично лечение – антибиотично (при некротизиращ ентероколит) и ако се налага - оперативна интервенция.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, газов анализ, рентген на бял дроб, микробиологично изследване).

Отчитането по тази клинична пътека се извършва на база на тегло на новороденото при приемане.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

Довършване на лечебния процес и проследяване:

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението;
- рехабилитация в болнични или домашни условия;
- препоръки за отглеждане и хранене;
- последващо наблюдение в извънболничната помощ.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисково новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторинг и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

При допълнителни въпроси относно състоянието на детето и лечението родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 12 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕТЕ С ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

- Z38.0** Едно дете, родено в стационар
- Z38.1** Едно дете, родено извън стационар
- Z38.2** Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
- Z38.3** Близнаци, родени в стационар
- Z38.4** Близнаци, родени извън стационар
- Z38.5** Близнаци, родени на неуточнено място
- Z38.6** Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
- Z38.7** Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
- Z38.8** Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Лека умствена изостаналост

- F70.0** Лека умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението
Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.
Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност
- F70.1** Лека умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение
Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.
Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност
- F70.8** Лека умствена изостаналост, друго нарушение на поведението
Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.
Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

Умерена умствена изостаналост

- F71.0** Умерена умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението
Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат

да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

- F71.1** **Включва:** умерена умствена недостатъчност
Умерена умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

- F71.8** **Включва:** умерена умствена недостатъчност
Умерена умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

Включва: умерена умствена недостатъчност

Тежка умствена изостаналост

- F72.0** **Тежка умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението**

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

- F72.1** **Включва:** тежка умствена недостатъчност
Тежка умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

- F72.8** **Включва:** тежка умствена недостатъчност
Тежка умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

Включва: тежка умствена недостатъчност

Дълбока умствена изостаналост

- F73.0** **Дълбока умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението**

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

- F73.1** **Включва:** дълбока умствена недостатъчност
Дълбока умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

- F73.8** **Включва:** дълбока умствена недостатъчност
Дълбока умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

Аненцефалия и подобни пороци на развитието

Q00.1 Краниорахисхизис

Q00.2 Иниенцефалия

Енцефалоцеле

Включва: енцефаломиелоцеле
хидроенцефалоцеле
хидроменингоцеле, краниално
хидроменингоцеле, церебрално
менингоцеле, церебрално
менингоенцефалоцеле

Не включва: синдром на Meckel-Gruber (Q61.9)

Q01.0 Фронтално енцефалоцеле

Q01.1 Назофронтално енцефалоцеле

Q01.2 Окципитално енцефалоцеле

Q01.8 Енцефалоцеле с друга локализация

Q02 Микроцефалия

Хидромикроцефалия

Микроенцефалон

Не включва: синдром на Meckel-Gruber (Q61.9)

Вродена хидроцефалия

Включва: хидроцефалия на новородено
Не включва: синдром на Arnold-Chiari (Q07.0)

хидроцефалия:

- придобита (G91.—)

- дължаща се на вродена токсоплазмоза (P37.1)

- в съчетание със spina bifida (Q05.0—Q05.4)

Q03.0 Аномалии на Силвиевия проток

Силвиев проток:

- аномалия
- обструкция, вродена
- стеноза

Q03.1 Атрезия на отворите на Magendie и Luschka

Синдром на Dandy-Walker

Q03.8 Други форми на вродена хидроцефалия

Други вродени аномалии на мозъка

Не включва: циклопия (Q87.0)
макроцефалия (Q75.3)

Q04.0 Вродени аномалии на corpus callosum

Агенезия на corpus callosum

Q04.1 Ариненцефалия

Q04.2 Холопрозенцефалия

Q04.3 Други редуccionни деформации на мозъка

Липса

Агенезия

Аплазия

Хипоплазия

Агирия

Хидраненцефалия

} на част от мозъка

Лисенцефалия
Микрогирия
Пахигирия
Не включва: вродени аномалии на corpus callosum (Q04.0)

Q04.4 Септо-оптична дисплазия

Q04.5 Мегаленцефалия

Q04.6 Вродени мозъчни кисти
Поренцефалия
Шизенцефалия
Не включва: придобита поренцефалична киста (G93.0)

Q04.8 Други уточнени вродени аномалии на мозъка
Макрогирия

Spina bifida

Включва: хидроменингоцеле (спинално)
менингоцеле (спинално)
менингомиелоцеле
миелоцеле
миеломенингоцеле
рахисхизис
spina bifida (aperta) (cystica)
сирингомиелоцеле
Не включва: синдром на Arnold-Chiari (Q07.0)
spina bifida occulta (Q76.0)

Q05.0 Цервикална spina bifida с хидроцефалия

Q05.1 Торакална spina bifida с хидроцефалия
Spina bifida:
• дорзална
• тораколумбална } с хидроцефалия

Q05.2 Лумбална spina bifida с хидроцефалия
Лумбосакрална spina bifida с хидроцефалия

Q05.3 Сакрална spina bifida с хидроцефалия

Q05.4 Spina bifida с хидроцефалия, неуточнена

Q05.5 Цервикална spina bifida без хидроцефалия

Q05.6 Торакална spina bifida без хидроцефалия
Spina bifida:
• дорзална БДУ
• тораколумбална БДУ

Q05.7 Лумбална spina bifida без хидроцефалия
Лумбосакрална spina bifida БДУ

Q05.8 Сакрална spina bifida без хидроцефалия

Други вродени аномалии на гръбначния мозък

Q06.0 Амиелия

Q06.1 Хипоплазия и дисплазия на гръбначния мозък
Ателомиелия
Миелотелия
Миелодисплазия на гръбначния мозък

Q06.2 Диастематомиелия

Q06.3 Други вродени аномалии на cauda equina

Q06.4 Хидромиелия
Хидрорахис

Q06.8 Други уточнени вродени аномалии на гръбначния мозък

Вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Не включва: декстрокардия със situs inversus (Q89.3)
огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)

Q20.0 Общ артериален трункус
Персистиращ truncus arteriosus

Q20.1 Удвоен изходен отвор на дясната камера
Синдром на Taussig-Bing

Q20.2 Удвоен изходен отвор на лявата камера

Q20.3 Дискордантно свързване на камерите с артериите
Декстропозиция на аортата
Транспозиция на големите съдове (пълна)

Q20.4 Удвоен камерен входен отвор
Обща камера
Трикамерно двупредсърдно сърце
Единична камера

Q20.5 Дискордантно предсърднокамерно свързване
Коригирана транспозиция
Лявотранспозиция
Камерна инверсия

Q20.8 Други вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Вродени аномалии на сърдечната преграда

Не включва: придобит сърдечен септален дефект (I51.0)

Q21.0 Междукामерен септален дефект

Q21.1 Междупредсърден септален дефект
Дефект на коронарния синус
Отворен или персистиращ:
- foramen ovale
- ostium secundum дефект (тип II)
Дефект на sinus venosus

Q21.2 Предсърднокамерен септален дефект
Общ предсърднокамерен канал
Дефект на ендокардната възглавничка
Ostium primum атриосептален дефект (тип I)

Q21.3 Тетралогия на Fallot
Междукамерен септален дефект със стеноза или атрезия на белодробната артерия,
декстропозиция на аортата и хипертрофия на дясната камера.

Q21.4 Аортопулмонален септален дефект
Аортен септален дефект
Аортопулмонален прозорец

Q21.8 Други вродени аномалии на сърдечната преграда
Синдром на Eisenmenger
Пенталогия на Fallot

Вродени аномалии на пулмоналната и трикуспидалната клапа

Q22.0 Атрезия на клапата на белодробната артерия

Q22.1 Вродена стеноза на клапата на белодробната артерия

Q22.2 Вродена инсуфициенция на клапата на белодробната артерия
Вродена регургитация на клапата на белодробната артерия

Q22.3 Други вродени аномалии на клапата на белодробната артерия
Вродена аномалия на клапата на белодробната артерия БДУ

Q22.4 Вродена стеноза на трикуспидалната клапа
Трикуспидална атрезия

- Q22.5 Аномалия на Ebstein**
Q22.6 Синдром на хипопластичното дясно сърце
Q22.8 Други вродени аномалии на трикуспидалната клапа

Вродени аномалии на аортната и митралната клапа

- Q23.0 Вродена стеноза на аортната клапа**
Вродена аортна:
• атрезия
• стеноза
Не включва: вродена субаортна стеноза (Q24.4)
същата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)
- Q23.1 Вродена инсуфициенция на аортната клапа**
Бикуспидна аортна клапа
Вродена аортна инсуфициенция
- Q23.2 Вродена митрална стеноза**
Вродена митрална атрезия
- Q23.3 Вродена митрална инсуфициенция**
- Q23.4 Синдром на хипопластичното ляво сърце**
Атрезия или изразена хипоплазия на устието или аортната клапа с хипоплазия на възходящата аорта и нарушено развитие на лявата камера (със стеноза или атрезия на митралната клапа).
- Q23.8 Други вродени аномалии на митралната и аортната клапа**

Други вродени аномалии на сърцето

- Не включва:** ендокардна фиброеластоза (I42.4)
- Q24.0 Dextrocardia**
Не включва: декстрокардия със situs inversus (Q89.3)
изомерия на предсърдното ухо (с аспления или полиспления) (Q20.6)
огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)
- Q24.1 Laevocardia**
- Q24.2 Трипредсърдно сърце**
- Q24.3 Белодробна инфундибуларна стеноза**
- Q24.4 Вродена субаортна стеноза**
- Q24.5 Аномалия на коронарните съдове**
Вродена коронарна (артериална) аневризма
- Q24.6 Вроден сърдечен блок**
- Q24.8 Други уточнени вродени аномалии на сърцето**
Вроден(-а):
• дивертикул на лявата камера
• аномалия на:
• миокарда
• перикарда
Неправилно положение на сърцето
Болест на Uhl

Вродени аномалии на големите артерии

- Q25.0 Отворен ductus arteriosus**
Отворен Боталов проток
Персистиращ ductus arteriosus
- Q25.1 Коарктация на аортата**
Коарктация на аортата (преддуктална)(постдуктална)
- Q25.2 Атрезия на аортата**
- Q25.3 Стеноза на аортата**
Суправалвуларна аортна стеноза
Не включва: вродена аортна стеноза (Q23.0)
- Q25.4 Други вродени аномалии на аортата**
Липса-
Аплазия-
Вродена: на аортата
• аневризма-
• дилатация-
Аневризма на синуса на Valsalva (руптурирала)

Двойна дъга на аортата [съдов пръстен на аортата]

Хипоплазия на аортата

Персистиращи(-а):

- извивки на аортната дъга
- дясна аортна дъга

Не включва: хипоплазия на аортата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Q25.5 Атрезия на белодробната артерия

Q25.6 Стеноза на белодробната артерия

Q25.7 Други вродени аномалии на белодробната артерия

Аберантна белодробна артерия

Агенезия-

Аневризма- на белодробната артерия

Аномалия-

Хипоплазия-

Белодробна артериовенозна аневризма

Q25.8 Други вродени аномалии на големите артерии

Вродени аномалии на големите вени

Q26.2 Тотално аномално вливане на белодробните вени

Q26.3 Частично аномално вливане на белодробните вени

Q26.4 Аномално вливане на белодробните вени, неуточнено

Q26.5 Аномално вливане на порталната вена

Q26.6 Фистула между порталната вена и чернодробната артерия

Q26.8 Други вродени аномалии на големите вени

Липса на куха вена (долна)(горна)

Персистираща vena azygos като продължение на vena cava

Персистираща лява задна кардинална вена

Синдром на кривата турска сабя (Scimitar syndrome)

Други вродени аномалии на периферната съдова система

Не включва: аномалии на:

- мозъчни и предмозъчни съдове (Q28.0—28.3)
- коронарни съдове (Q24.5)
- белодробна артерия (Q25.5—Q25.7)
- вродена аневризма на ретината (Q14.1)
- хемангиом и лимфангиом (D18.—)

Q27.1 Вродена стеноза на бъбречна артерия

Q27.3 Периферна артериовенозна аномалия

Артериовенозна аневризма

Не включва: придобита артериовенозна аневризма (I77.0)

Други вродени аномалии на системата на кръвообращението

Не включва: вродена аневризма:

- БДУ (Q27.8)
- коронарна (Q24.5)
- периферна (Q27.8)
- белодробна (Q25.7)
- ретинална (Q14.1)
- руптурирала:
- церебрална артериовенозна аномалия (I60.8)
- аномалия на прецеребрални съдове (I72.—)

Q28.2 Артериовенозна аномалия на церебрални съдове

Артериовенозна аномалия на мозъка БДУ

Вродена артериовенозна церебрална аневризма (неруптурирала)

Q28.3 Други вродени аномалии на церебрални съдове

Вродена:

- мозъчна аневризма (неруптурирала)
- аномалия на мозъчни съдове БДУ

Q28.8 Други уточнени вродени аномалии на системата на кръвообращението

Вродена аневризма с уточнена локализация, НКД

Вродени аномалии на носа

Не включва: вродена девиация на носната преграда (Q67.4)

Q30.0 Атрезия на хоаните

Атрезия-

Вродена стеноза- на ноздрите (предна)(задна)

Q30.1 Агенезия и недоразвитие на носа

Вродена липса на нос

Вродени аномалии на ларинкса

Q31.1 Вродена стеноза на субглотиса

Q31.2 Хипоплазия на ларинкса

Q31.4 Вроден ларингеален стридор

Вроден стридор (на ларинкса) БДУ

Q31.8 Други вродени аномалии на ларинкса

Липса- на пръстеновидния (крикоидния) хрущял,

Агенезия- епиглотиса, глотиса, ларинкса

Атрезия- или щитовидния хрущял

Разцепен щитовиден хрущял

Вродена стеноза на ларинкса, НКД

Фисура на епиглотиса

Разцепване в задната част на пръстеновидния хрущял

Вродени аномалии на трахеята и бронхите

Не включва: вродена бронхиектазия (Q33.4)

Q32.0 Вродена трахеомалация

Q32.1 Други вродени аномалии на трахеята

Аномалия на трахеалния хрущял

Атрезия на трахеята

Вродена(-о):

- дилатация-
- аномалия- на трахеята
- стеноза-
- трахеоцеле

Q32.2 Вродена бронхомалация

Q32.3 Вродена стеноза на бронха

Q32.4 Други вродени аномалии на бронхите

Липса-

Агенезия-

Атрезия- на бронх

Вродена аномалия БДУ-

Дивертикул-

Вродени аномалии на белия дроб

Q33.0 Вродена белодробна кистоза

Вроден(-а):

- бял дроб тип “восъчна пита”
- белодробна болест:
- кистозна
- поликистозна

Не включва: кистозна белодробна болест, придобита или неуточнена (J98.4)

Q33.1 Добавъчен лоб на белия дроб

Q33.2 Секвестрация на белия дроб

Q33.3 Агенезия на белия дроб
Липса на бял дроб (белодробен лоб)

Q33.4 Вродена бронхиектазия

Q33.5 Ектопична тъкан в белия дроб

Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб
Не включва: белодробна хипоплазия, свързана с недоносеност (P28.0)

Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб

Други вродени аномалии на дихателната система

Q34.1 Вродена киста на медиастинума

Q34.8 Други уточнени вродени аномалии на дихателната система

Други вродени аномалии на езика, устната кухина и фаринкса

Не включва: макростомия (Q18.4)
микростомия (Q18.5)

Q38.1 Анкилоглосия
Скъсяване на юздичката на езика

Q38.2 Макроглосия

Q38.3 Други вродени аномалии на езика
Аглосия
Раздвоен език
Вродена:
• адхезия-
• фисура- на езика
• аномалия БДУ-
Хипоглосия
Хипоплазия на езика
Микроглосия

Q38.4 Вродени аномалии на слюнчените жлези и протоци
Липса на-
Добавъчна- слюнчена жлеза или проток
Атрезия на-
Вродена фистула на слюнчена жлеза

Q38.5 Вродени аномалии на небцето, неклассифицирани другаде
Липса на увула
Вродена аномалия на небцето БДУ
Високо небце
Не включва: цепка на небцето (Q35.—)
• с цепка на устната (Q37.—)

Q38.6 Други вродени аномалии на устната кухина
Вродена аномалия на устната кухина БДУ

Q38.8 Други вродени аномалии на фаринкса
Вродена аномалия на фаринкса БДУ

Вродени аномалии на хранопровода

- Q39.0 Атрезия на хранопровода без фистула**
Атрезия на хранопровода БДУ
- Q39.1 Атрезия на хранопровода с трахеоезофагеална фистула**
Атрезия на хранопровода с бронхоезофагеална фистула
- Q39.2 Вродена трахеоезофагеална фистула без атрезия**
Вродена трахеоезофагеална фистула БДУ
- Q39.3 Вродена стеноза и стриктура на хранопровода**
- Q39.5 Вродена дилатация на хранопровода**
- Q39.6 Дивертикул на хранопровода**
Езофагеален джоб
- Q39.8 Други вродени аномалии на хранопровода**
Липса-
Вродено изместване- на хранопровода
Дупликация-

Други вродени аномалии на горната част на храносмилателния тракт

- Q40.0 Вродена хипертрофична пилоростеноза**
Вроден(-а) или инфантилен(-на):
- констрикция-
 - хипертрофия-
 - спазъм- на пилора
 - стеноза-
 - стриктура-
- Q40.1 Вродена хиатусова херния**
Дислокация на кардията през езофагеалния отвор на диафрагмата
Не включва: вродена диафрагмална херния (Q79.0)
- Q40.2 Други уточнени вродени аномалии на стомаха**
Вроден(-о):
- изместване на стомаха
 - дивертикул на стомаха
 - стомах тип "пясъчен часовник"
- Дупликация на стомаха
Мегалогастрия
Микрогастрия
- Q40.3 Вродена аномалия на стомаха, неуточнена**
- Q40.8 Други уточнени вродени аномалии на горната част на храносмилателния тракт**

Вродена липса, атрезия и стеноза на тънкото черво

Включва: вродена обструкция, непроходимост и стриктура на тънкото черво или на червата БДУ
Не включва: мекониум илеус (E84.1)

- Q41.0 Вродена липса, атрезия и стеноза на дуоденума**
- Q41.1 Вродена липса, атрезия и стеноза на йеюнума**
Синдром на ябълковата кора
Атрезия на йеюнума
- Q41.2 Вродена липса, атрезия и стеноза на илеума**
- Q41.8 Вродена липса, атрезия и стеноза на други уточнени части на тънкото черво**

Вродена липса, атрезия и стеноза на дебелото черво

Включва: вродена обструкция, непроходимост и стриктура на дебелото черво

- Q42.0 Вродена липса, атрезия и стеноза на ректума с фистула**
- Q42.1 Вродена липса, атрезия и стеноза на ректума без фистула**
Атрезия на ректума

Q42.2 Вродена липса, атрезия и стеноза на ануса с фистула

Q42.3 Вродена липса, атрезия и стеноза на ануса без фистула

Атрезия на ануса

Q42.8 Вродена липса, атрезия и стеноза на други части на дебелото черво

Други вродени аномалии на червата

Q43.0 Дивертикул на Meckel

Персистиращ:

- омфаломезентериален проток
- жълтъчен проток

Q43.1 Болест на Hirschsprung

Аганглиоза

Вроден (аганглиозен) мегаколон

Q43.2 Други вродени функционални нарушения на колона

Вродена дилатация на колона

Q43.3 Вродени аномалии на чревното закрепване

Вродени сраствания [връзки] на:

- оментума, патологични
 - перитонеални
- Мембрана на Jackson
Неправилно завъртане на колона
Ротация:
- недостатъчна-
 - непълна- на цекума и колона
 - незавършена-
- Общо було

Q43.4 Удвоено черво

Q43.5 Ектопичен анус

Q43.6 Вродена фистула на ректума и ануса

Не включва: вродена фистула:

- ректовагинална (Q52.2)
 - утероректална (Q64.7)
- пилонидална (съдържаща косми) фистула или кухина (L05.—)
с липса, атрезия и стеноза (Q42.0, Q42.2)

Q43.7 Персистираща клоака

Клоака БДУ

Q43.8 Други уточнени вродени аномалии на червата

Вроден:

- синдром на съляпата бримка
- дивертикулит на колона
- чревен дивертикул

Долихоколон

Мегалоапендикс

Мегалодуоденум

Микроколон

Транспозиция на:

- апендикса
- колона
- червото

Вродени аномалии на жлъчния мехур, жлъчните пътища и черния дроб

Q44.0 Агенезия, аплазия и хипоплазия на жлъчния мехур

Вродена липса на жлъчен мехур

- Q44.1 Други вродени аномалии на жлъчния мехур**
Вродена аномалия на жлъчния мехур БДУ
Интрахепатален жлъчен мехур
- Q44.2 Атрезия на жлъчните пътища**
- Q44.3 Вродена стеноза и стриктура на жлъчните пътища**
- Q44.4 Киста на жлъчните пътища**
- Q44.5 Други вродени аномалии на жлъчните пътища**
Добавъчен ductus hepaticus
Вродена аномалия на жлъчния проток БДУ
Дупликация на:
• жлъчния проток
• мехурния проток
- Q44.6 Кистозна болест на черния дроб**
Фиброкистозна болест на черния дроб
- Q44.7 Други вродени аномалии на черния дроб**
Добавъчен черен дроб
Синдром на Alagille
Вродена:
• липса на черен дроб
• хепатомегалия
• аномалия на черния дроб БДУ

Други вродени аномалии на храносмилателната система

Не включва: вродена:

- диафрагмална херния (Q79.0)
- хиатусова херния (Q40.0)

- Q45.0 Агенезия, аплазия и хипоплазия на панкреаса**
Вродена липса на панкреас
- Q45.1 Пръстеновиден панкреас**
- Q45.2 Вродена киста на панкреаса**
- Q45.3 Други вродени аномалии на панкреаса и ductus pancreaticus**
Добавъчен панкреас
Вродена аномалия на панкреаса или ductus pancreaticus БДУ
Не включва: захарен диабет:
• вроден (E10.—)
• неонатален (P70.2)
фиброкистозна болест на панкреаса (E84.—)
- Q45.8 Други уточнени вродени аномалии на храносмилателната система**
Липса (пълна)(частична) на храносмилателни органи БДУ
Дупликация- на храносмилателни
Неправилно положение, вродено- органи БДУ

Неопределен пол и псевдохермафродитизъм

Не включва: псевдохермафродитизъм:
• женски, с адренална дисплазия (E25.—)
• мъжки, с андрогенна резистентност (E34.5)
• с уточнена хромозомна аберация (Q96—Q99)

- Q56.0 Хермафродитизъм, неклассифициран другаде**
Ovotestis
- Q56.1 Мъжки псевдохермафродитизъм, неклассифициран другаде**
Мъжки псевдохермафродитизъм БДУ

- Q56.2 Женски псевдохермафродитизъм, неклассифициран другаде**
Женски псевдохермафродитизъм БДУ
- Q56.3 Псевдохермафродитизъм, неуточнен**
- Q56.4 Неопределен пол, неуточнен**
Двойствени гениталии

Бъбречна агенезия и други редукционни дефекти на бъбрека

Включва: атрофия на бъбрека:

- вродена
- инфантилна
- вродена липса на бъбрек

- Q60.0 Бъбречна агенезия, едностранна**
- Q60.1 Бъбречна агенезия, двустранна**
- Q60.2 Бъбречна агенезия, неуточнена**
- Q60.3 Бъбречна хипоплазия, едностранна**
- Q60.4 Бъбречна хипоплазия, двустранна**
- Q60.5 Бъбречна хипоплазия, неуточнена**
- Q60.6 Синдром на Potter**

Кистозна болест на бъбрека

Не включва: придобита киста на бъбрека (N28.1)
синдром на Potter (Q60.6)

- Q61.0 Вродена единична киста на бъбрека**
Киста на бъбрека (вродена) (единична)
- Q61.1 Бъбречна поликистоза, инфантилен тип**
- Q61.2 Бъбречна поликистоза, адулторен тип**
- Q61.3 Бъбречна поликистоза, неуточнена**
- Q61.4 Бъбречна дисплазия**
- Q61.5 Медуларна бъбречна киста**
Спонгиозен бъбрек БДУ
- Q61.8 Други форми на кистозна болест на бъбреците**
Фиброкистоза(-на):
- на бъбрека
 - бъбречна дегенерация или болест

Вродени нарушения в проходимостта на бъбречното легенче и вродени аномалии на уретера

- Q62.0 Вродена хидронефроза**
- Q62.1 Атрезия и стеноза на уретера**
Вродено запушване на:
- уретера
 - уретеропелвисната връзка
 - уретеровезикалното отворстие
- Непроходимост на уретера
- Q62.2 Вроден мегауретер**
Вродена дилатация на уретера

Q62.3 Други вродени нарушения в проходимостта на бъбречното легенче и вродени аномалии на уретера
Вродено уретероцеле

Q62.4 Агенезия на уретера
Липса на уретер

Q62.5 Удвоен уретер
Добавъчен-
Двоен- уретер

Q62.6 Неправилно положение на уретера
Девияция-
Изместване- на уретера или
Ектопия- уретерното отворствие
Аномална имплантация-

Q62.7 Вроден везико-уретеро-ренален рефлукс

Q62.8 Други вродени аномалии на уретера
Аномалия на уретера БДУ

Други вродени аномалии на бъбрека

Не включва: вроден нефротичен синдром (N04.—)

Q63.0 Добавъчен бъбрек

Q63.1 Лобулиран, сраснал и подковообразен бъбрек

Q63.2 Ектопичен бъбрек
Вродено изместване на бъбрека
Неправилно завъртане на бъбрека

Q63.3 Хиперпластичен и гигантски бъбрек

Q63.8 Други уточнени вродени аномалии на бъбрека
Вродени бъбречни конкременти

Други вродени аномалии на отделителната система

Q64.0 Еписпадия
Не включва: хипоспадия (Q54.—)

Q64.1 Екстрофия на пикочния мехур
Ектопия на пикочния мехур
Екстроверзия на пикочния мехур

Q64.2 Вродени задни уретрални клапи

Q64.3 Други форми на атрезия и стеноза на уретрата и шийката на пикочния мехур
Вродена:
• обструкция на шийката на пикочния мехур
• стриктура на:
• уретрата
• външното отворствие на пикочния канал
• везикоуретралното отворствие
Непроходимост на уретрата

Q64.4 Аномалия на пикочния канал [urachus]
Киста на пикочния канал
Проходим пикочен канал
Пролапс на пикочния канал

Q64.5 Вродена липса на пикочен мехур и уетра

Q64.6 Вроден дивертикул на пикочния мехур

Q64.7 Други вродени аномалии на пикочния мехур и уретрата

Добавъчен:

- пикочен мехур
- уретра

Вроден(-а):

- херния на пикочния мехур
 - аномалия на пикочния мехур или уретрата БДУ
 - пролапс на:
 - пикочния мехур (мукоза)
 - уретрата
 - външното отворствие на пикочния канал
 - уретроректална фистула
- Двойна(-о):
- уретра
 - външно отворствие на пикочния канал

Q64.8 Други уточнени вродени аномалии на отделителната система**Други вродени аномалии на костите на черепа и лицето**

Не включва:

вродена аномалия на лицето БДУ (Q18.—)
вродени малформативни синдроми, класифицирани в Q87.—
лицевочелюстни аномалии [включително неправилна захватка] (K07.—)
костно-мускулни деформации на главата и лицето (Q67.0—Q67.4)
дефекти на черепа, свързани с вродени аномалии на мозъка, като:

- аненцефалия (Q00.0)
- енцефалоцеле (Q01.—)
- хидроцефалия (Q03.—)
- микроцефалия (Q02)

Q75.0 Краниосиностоза

Акроцефалия

Непълно срастване на черепните кости

Оксицефалия

Тригоноцефалия

Вродени аномалии на гръбначния стълб и костите на гръдния кош

Не включва:

вродени костно-мускулни деформации на гръбначния стълб и гръдния кош (Q67.5—Q67.8)

Q76.0 Spina bifida occulta

Не включва: менингоцеле (спинално) (Q05.—)

spina bifida (aperta) (cystica) (Q05.—)

Q76.1 Синдром на Klippel-Feil

Синдром на срастване на шийните прешлени

Остеохондродисплазия с дефекти в растежа на тръбестите кости и гръбначния стълб

Не включва:

мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

Q77.0 Ахондрогенеза

Хипохондрогенеза

Q77.2 Синдром на късото ребро

Асфиктична торакална дисплазия [Jenue]

Q77.3 Chondrodysplasia punctata**Q77.6 Хондроектодермална дисплазия**

Синдром на Ellis-van Creveld

Други остеохондродисплазии

- Q78.0 Osteogenesis imperfecta**
Вродена чупливост на костите
Остеопсатироза
- Q78.1 Полиостеоозна фиброзна дисплазия**
Синдром на Albright (-McCune) (-Sternberg)
- Q78.2 Остеопетроза**
Синдром на Albers-Schönberg
- Q78.3 Прогресираща диафизарна дисплазия**
Синдром на Camurati-Engelmann
- Q78.4 Енхондроматоза**
Синдром на Maffucci
Болест на Ollier
- Q78.5 Метафизарна дисплазия**
Синдром на Pyle
- Q78.6 Множествени вродени екзостози**
Диафизарна аклазия
- Q78.8 Други уточнени остеохондродисплазии**
Остеопойкилоза

Вродени аномалии на костно-мускулната система, неklasифицирани другаде

Не включва: вроден (стерномастоиден) тортиколис (крива шия) (Q68.0)

Q79.6 Синдром на Ehlers-Danlos

Факоматози, неklasифицирани другаде

Не включва: атаксия - телангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)
семејна дисавтономия [Riley-Day] (G90.1)

- Q85.0 Неврофиброматоза (доброкачествена)**
Болест на von Recklinghausen
- Q85.1 Туберозна склероза**
Болест на Bourneville
Епилоя
- Q85.8 Други факоматози, неklasифицирани другаде**
Синдром на:
 - Peutz-Jeghers
 - Sturge-Weber (-Dimitri)
 - Von Hippel-Lindau**Не включва:** синдром на Meckel-Gruber (Q61.9)

Други уточнени синдроми на вродени аномалии, засягащи няколко системи

- Q87.0 Синдроми на вродени аномалии с предимно засягане на лицевата област**
Акроцефалополисиндактилия
Акроцефалосиндактилия [Apert]
Синдром на криптофталма
Циклопия
Синдром (на):
 - Goldenhaar
 - Moebius
 - oro-фацио-дигитален
 - Robin
Лице на човек, който свири с уста
Синдром на Williams-Beuren

Q87.1 Синдроми на вродени аномалии, свързани предимно с нисък ръст

Синдром на:

- Aarskog
- Cockayne
- De Lange
- Dubowitz
- Noonan
- Prader-Willi
- Robinow-Silverman-Smith
- Russel-Silver
- Seckel
- Smith-Lemli-Opitz

Не включва: синдром на Ellis-van Creveld (Q77.6)

Q87.2 Синдроми на вродени аномалии със засягане предимно на крайниците

Синдром на:

- Holt-Oram
- Klippel-Trennannay-Weber
- (липса) недоразвитие на нокти-патела
- Rubinstein-Taybi
- sirenomelia [срастване на долните крайници]
- тромбоцитопения и липса на лъчева кост [TAR]
- VATER

Q87.3 Синдроми на вродени аномалии, които се характеризират предимно с развитие на висок ръст [гигантизъм]

Синдром на:

- Beckwith-Wiedemann
- Sotos
- Weaver

Q87.4 Синдром на Marfan

Q87.5 Други синдроми на вродени аномалии с други скелетни аномалии

Q87.8 Други уточнени синдроми на вродени аномалии, неклассифицирани другаде

Синдром на:

- Alport
- Laurence-Moon (-Bardet)-Biedl
- Zellweger

Синдром на Down

Q90.0 Тризомия 21, мейотично неразделяне

Q90.1 Тризомия 21, мозаечна форма (митотично неразделяне)

Q90.2 Тризомия 21, транслокационна форма

Синдром на Edward и синдром на Patau

Q91.0 Тризомия 18, мейотично неразделяне

Q91.1 Тризомия 18, мозаечна форма (митотично неразделяне)

Q91.2 Тризомия 18, транслокационна форма

Q91.4 Тризомия 13, мейотично неразделяне

Q91.5 Тризомия 13, мозаечна форма (митотично неразделяне)

Q91.6 Тризомия 13, транслокационна форма

Други пълни и частични тризомии на автозоми, неклассифицирани другаде

Включва: небалансирани транслокации и инсерции

Не включва: тризомии на хромозоми 13,18 и 21 (Q90—Q91)

- Q92.0** Пълна хромозомна тризомия, мейотично неразделяне
- Q92.1** Пълна хромозомна тризомия, мозаечна форма (митотично неразделяне)
- Q92.2** Частична тризомия на голям фрагмент
Дупликация на цяло рамо на хромозомата или на по-голямата част от рамото.
- Q92.3** Частична тризомия на малък фрагмент
Дупликация на част от цялото рамо на хромозомата.
- Q92.4** Дупликации, които могат да се визуализират само през прометафазата
- Q92.5** Дупликации, съчетани с други хромозомни преустройства
- Q92.6** Допълнителна маркерна хромозома
- Q92.7** Триплоидия и полиплоидия
- Q92.8** Други уточнени пълни и частични тризомии на автозомите

Монозомии и делеции на автозоми, неклассифицирани другаде

- Q93.0** Пълна хромозомна монозомия, мейотично неразделяне
- Q93.1** Пълна хромозомна монозомия, мозаечна форма (митотично неразделяне)
- Q93.2** Пръстеновидна или дицентрична хромозома
- Q93.3** Делеция на късото рамо на хромозома 4
Синдром на Wolf-Hirschhorn
- Q93.4** Делеция на късото рамо на хромозома 5
Cri-du-chat-syndrome (синдром на котешкото мяукане)
- Q93.5** Други частични хромозомни делеции
- Q93.6** Делеции, които могат да се визуализират само през прометафазата
- Q93.7** Делеции, съчетани с други хромозомни преустройства
- Q93.8** Други уточнени делеции на автозоми

Балансирани хромозомни преустройства и структурни маркери, неклассифицирани другаде

Включва: Робертсонови и балансирани реципрочни транслокации и инсерции

- Q95.0** Балансирана транслокация и инсерция при нормален индивид
- Q95.1** Хромозомна инверсия при нормален индивид
- Q95.2** Балансирани преустройства на автозомите при анормален индивид
- Q95.3** Балансирано преустройство, включващо автозома и полова хромозома при анормален индивид
- Q95.4** Индивиди с маркерен хетерохроматин
- Q95.5** Индивиди с фражилно място на автозома
- Q95.8** Други балансирани преустройства и структурни маркери

Синдром на Turner

Не включва: синдром на Noonan (Q87.1)

- Q96.0 Кариотип 45,X
- Q96.1 Кариотип 46,X iso (Xq)
- Q96.2 Кариотип 46,X със структурно абнормална полова хромозома, различна от iso (Xq)
- Q96.3 Мозаицизъм, 45,X/46, XX или XY
- Q96.4 Мозаицизъм, 45,X/друга клетъчна линия (линии) с абнормална полова хромозома
- Q96.8 Други варианти на синдрома на Turner

Други аберации на половите хромозоми с женски фенотип, некласифицирани другаде

Не включва: синдром на Turner (Q96.—)

- Q97.0 Кариотип 47,XXX
- Q97.1 Жена с повече от три X хромозоми
- Q97.2 Мозаицизъм, клетъчни линии с различен брой на X хромозомите
- Q97.3 Жена с кариотип 46,XY
- Q97.8 Други уточнени аберации на половите хромозоми с женски фенотип

Други аберации на половите хромозоми с мъжки фенотип, некласифицирани другаде

- Q98.0 Синдром на Klinefelter с кариотип 47,XXY
- Q98.1 Синдром на Klinefelter, мъж с повече от две X хромозоми
- Q98.2 Синдром на Klinefelter, мъж с кариотип 46,XX
- Q98.3 Други варианти на мъжки фенотип при кариотип 46,XX
- Q98.5 Кариотип 47,XY
- Q98.6 Мъж със структурно абнормални полови хромозоми
- Q98.7 Мъж с мозаицизъм на полови хромозоми
- Q98.8 Други уточнени аберации на половите хромозоми с мъжки фенотип

Други хромозомни аберации, некласифицирани другаде

- Q99.0 Химера 46,XX/46,XY
Химера 46,XX/46,XY с истински хермафродитизъм
- Q99.1 46,XX с истински хермафродитизъм
46,XX с ивицести гонади
46,XY с ивицести гонади
Чиста гонадна дисгенезия
- Q99.2 Чуплива X хромозома
Синдром на чупливата X хромозома
- Q99.8 Други уточнени хромозомни аберации

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, при новородени с вродени аномалии, да се има предвид следното:

В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на всички живородени

деца на **първо място** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане”**. Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.

На **второ място** – кодът на съответната вродена аномалия, налагаща оперативно лечение или кодът на генетичното заболяване.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])

такава на:

- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки
такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:

- цервикален
- лумбосакрален
- сакрококцигеален
- торакален

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

Рентгенография на гръдна кост или ребра

58524-01 Рентгенография на стернум и ребра, едностранно

58527-00 Рентгенография на стернум и ребра, двустранно

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])

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем

Включва: жлъчен тракт
 долна гастроинтестинална област
 ретроперитонеум
 стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Изследване на кости

58300-00 Рентгеново изследване костна възраст на китка и коляно

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
 такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на тазов вход

Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур

Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Радиография на долен крайник	
57524-04	Рентгенография на глезен и стъпало
Ултразвук на глава или шия	
55028-00	Ултразвук на глава Ехоенцефалография <i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
Ултразвук на сърце	
	Ехокардиография <i>Включва:</i> 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
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-00	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-01	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-02	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или 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
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
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
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
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
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-00	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-01	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
<p>Включва следните изследвания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клинично-химични; - хематологични изследвания; - АКР <p>Задължително при генетично заболяване за поставяне на генетична диагноза, при първа хоспитализация, се извършват:</p> <p>Цитогенетично изследване и/или</p> <p>Ензимен и/или ДНК анализ</p> <p>По преценка на лекуващия лекар се извършват и:</p> <p>Изследване за вродени инфекции</p> <p>Хормонални изследвания</p>	
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
91910-01	<p>Неонатален скрининг</p> <p>Скрининг за:</p> <ul style="list-style-type: none"> • фенилкетонурия • вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ) • хипотиреоза
Задължително при генетично заболяване за поставяне на генетична диагноза, при първа хоспитализация, се извършват:	
91916-01	Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък

91916-00	Генетични изследвания
91881-00	ДНК анализ
По преценка на лекуващия лекар се извършват и:	
91925-19	Други хормонални изследвания
91911-19	Други вирусологични изследвания
91913-10	Други микробиологични изследвания
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91919-03	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91919-04	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91919-05	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91920-02	Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91920-01	Изследване на уринен седимент
Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания	
92015-00	Визуален евокиран потенциал [ВЕП]
Слухови евокирани потенциали	
11300-00	Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол
96050-00	Кортикален евокиран отговор аудиометрия
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Неинвазивно вентилаторно подпомагане	
Вi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP] Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP] Непостоянна маска CPAP Дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] Неинвазивна маскова вентилация [NIMV] Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]	

Включва: вентилационно подпомагане с:

- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:

- ендотрахеална интубация (виж блок [569])
- трахеостомия (виж блок [569])

92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа

92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа

92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92044-00 Друго кислородно обогатяване

Каталитична кислородотерапия

Циторедуктивен ефект

Кислородотерапия

Оксигенатори

Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

Смяна на ректална тръба

Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища

Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)

Постурален дренаж

Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)

Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:

- перкусия
- разклащане
- вибратор

Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията

Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити

Трансфузия на:

- тромбоцити

Приложение на фармакотерапия

- 96199-07** **Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество**
 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])

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
- 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])

Приложение на фармакотерапия

- 96199-02** **Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противoinфекциозен 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])

Приложение на фармакотерапия

- 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])

96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Приложение на фармакотерапия	
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Кодове на диагнози **F70.-, F71.-, F72.-, F73.-** (изоставане в нервно-психическото развитие) **не могат да се използват самостоятелно при отчитане на пътеката, а винаги като втори допълнителен код към основната диагноза** (хромозомно заболяване или вродена аномалия).

При първа хоспитализация по повод генетично заболяване: Клиничната пътека се отчита с проведено генетично изследване, задължително след проведени: цитогенетично изследване и/или ДНК - анализ, в случаите когато се касае за генетично заболяване и анализите са възможни в България.

По преценка на лекуващия лекар се извършват и: 91925-19, 91911-19, 91913-10.

При необходимост от превеждане за спешно хирургично лечение минималната продължителност на болничния престой може да е до един ден. В този случай индикациите за хоспитализация по хирургична клинична пътека са доказани с медико-диагностични изследвания, включени в тази КП.

Нозологични категории със следните МКБ кодове:

Вродени аномалии на системата на кръвообращението Q20-Q28

Вродени аномалии на дихателната система Q30-Q34

Вродени аномалии на храносмилателната система Q38-Q45

Вродени аномалии на отделителната системата на Q60-Q64

се използват само при новородени, при които е установена вродената аномалия веднага при раждането, приемат се и се лекуват само в Неонатологични клиники/отделения. **Горепосочените МКБ кодове се отчитат само от Неонатологични клиники/отделения, с изключение на вродените аномалии на сърдечно-съдовата система (кодове на диагнози от рубрики Q20-Q28), които могат да се приемат и лекуват в детска кардиологична клиника/отделение.**

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания, вкл. и генетични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Педиатрия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“, от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 педиатрия или Неонатологична клиника/отделение
2. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, вкл. КГА, хемостазиология
3. Структура за рентгеново изследване – рентгенов апарат за скопия и графия

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология/педиатрия.

2. 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. Имунологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. Вирусологична лаборатория – на територията на областта
4. Клиника/отделение по образна диагностика, разполагащо с КТ /МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24-часа в денонощието, включително и при спешни състояния
5. Цитогенетична лаборатория - на територията на областта
6. Генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК – анализ – на територията на страната
7. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- най-малко шестима лекари, от които най-малко четирима със специалност "Педиатрия", най-малко един има допълнителна квалификация за извършване на ехография (трансфонтанелна и/или абдоминална) и най-малко двама са с придобита втора

специалност с педиатрична насоченост

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност;

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на:

1. новородено на възраст до 28-ия ден, със забавена кардиопулмонална адаптация и с клинични симптоми за вродена аномалия;
2. гърчов синдром.
3. Диагностично уточняване и лечение на:
 - 3.1. деца с дисморфични стигми и изоставане в нервно-психическото развитие с неясна етиология;
 - 3.2. деца с уточнена диагноза при поява на нови симптоми в клиничната картина.
4. Стабилизиране на общото състояние на новородени с вродени аномалии, налагащи оперативна интервенция, с оглед превеждане за оперативно лечение.

Само при новородени с вродени аномалии, налагащи оперативна интервенция, за стабилизиране на състоянието, с оглед превеждане за оперативно лечение се използват МКБ кодове на заболявания:

Вродени аномалии на системата на кръвообращението Q20-Q28.

Вродени аномалии на дихателната система Q30-Q34.

Вродени аномалии на храносмилателната система Q38-Q45.

Вродени аномалии на отделителната системата на Q60-Q64.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Скрининг за хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

Алгоритъм при новородени деца с аномалии в развитието изискващи оперативна намеса:

• Диагностициране на новородени деца с вродена сърдечна аномалия, подлежащи на оперативна интервенция.

- Диагностициране на новородени деца с аномалии на гастро-интестиналния тракт, налагащи хирургична интервенция.

- Диагностициране на неврохирургични неонатални случаи, налагащи оперативно лечение.

- Диагностициране на новородени деца с вродена аномалии на дихателната система.

- Диагностициране на новородени деца с вродена аномалии на отделителната система.

Задължителни диагностични процедури: ПКК и съответно:

- за новородени с ВСМ – ехокардиография, рентген на бял дроб и сърце, АКР;

- за новородени с аномалии на гастро-интестиналния тракт - рентгенография на корем;

- за аномалии на отделителната система - абдоминална ехография;

- за аномалии на белите дробове - рентгенография на бели дробове и АКР;

- за неврохирургичните неонатални случаи – трансфонтанелна ехография, и/или КТ и/или МРТ.

Задължителни терапевтични процедури:

- дихателна реанимация;

- мониторинг на жизнено важните показатели;

- парентерални вливания на плазма, хуманалбумин.

При хромозомните заболявания и малформативните синдроми хоспитализацията е с цел поставяне на етиологична диагноза.

Диагностични методи:

- първи ден - кариограма, ПКК, урина и биохимични изследвания при необходимост;

- втори и трети ден - в зависимост от състоянието на детето и необходимостта за доказване на диагнозата – ЕЕГ, трансфонтанелна ехография, рентгеново изследване, ехография на коремни органи, ехокардиография, консултации с невролог, кардиолог, психолог, започване на кинезитерапия.

Диагностичните процедури могат да бъдат проведени и в рамките на 2 дни в зависимост от състоянието на детето.

Медикаментозно лечение - хранене със сонда, парентерално или орално приложение на антибиотик, кортикостероид, антиконвулсанти, антиеметични средства. По време на хоспитализацията лечението е основно симптоматично.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, статуса и след хистологично (при определени нозологии), цитогенетично, молекулярно изследвания. За новородено – според клиничната картина и съответните изследвания, доказващи аномалията, изискваща оперативна интервенция.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на жизнените показатели на пациента;
- задоволително общо състояние;
- при новородени с вродени малформации - след поставяне на диагнозата и стабилизиране на жизнените показатели, позволяващи превеждане на детето за извършване на оперативна процедура.

Довършване на лечебния процес и проследяване

При новородени до 28-ия ден, с клинични данни за вродена аномалия клиничната пътека се счита за завършена при превеждане на болното дете от неонатологична клиника/отделение за извършване на оперативна процедура, при спазен минимален болничен престой.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

1. контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
2. продължаване на лечението;
3. рехабилитация в болнични или домашни условия;
4. препоръки за отглеждане и хранене;
5. последващо наблюдение в извънболничната помощ.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в *“История на заболяването”* и в част II на *“Направление за хоспитализация”* - 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”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на родителя/настойника, отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от родителя/настойника и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

**ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ
“ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.**

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Хромозомните болести и дисморфичните синдроми са вродени заболявания, част от тях – наследствени, често засягащи много органи и системи, понякога причиняващи изоставане в нервно-психическото развитие.

За да ви предоставим точна информация относно хода на заболяването, възможните усложнения, риска от повторение, възможностите за лечение и пренатална диагноза ние трябва да знаем точната диагноза. Част от заболяванията имат типична клинична картина и поставянето на диагнозата не е трудно. Наличието на биологичен маркер (хромозомна аберация, биохимични показатели) също значително улеснява поставянето на диагноза. В част от случаите обаче, поради големият брой на тези заболявания и вариабилната им клинична картина поставянето на диагноза отнема по-дълго време и изисква наблюдение на развитието на пациента в динамика. Една част от дисморфичните синдроми остават без точна диагноза поради тяхното голямо разнообразие. Проследяването на детето ни помага адекватно да лекуваме появата на симптоми от различни органи и системи.

За тези заболявания в момента не съществува етиологично лечение - отстраняващо причината за възникването им, но развитието на Вашето дете може да се подпомогне чрез кинезитерапия, работа с психолог, оперативна корекция на вродени аномалии на вътрешните органи или костната система, антиконвулсивна терапия. В повечето случаи тези терапевтични мероприятия са продължителни и изискват активното участие на родителите. Изоставането в психическото развитие е различно при различните синдроми и е невъзможно да бъдат предвидени неговите граници в ранните периоди от развитието на детето.

При част от заболяванията (синдром на Turner, синдром на Prader-Willi, синдром на Noonan, ахондроплазия) се провежда лечение с растежен хормон, което е с по-добри резултати ако започне в ранна детска възраст.

Много от провежданите при нас изследвания изискват по-дълго технологично време отколкото е престоят ви в клиниката (хромозомен анализ, ензимен анализ, метаболитни изследвания в кръв и урина).

Хромозомните болести и дисморфичните синдроми могат да бъдат случайни събития т.е. да не се предават от родителите. При някои от тях обаче измененията се откриват в някой от двамата родители. Тази информация е изключително важна за следващите бременности в семейството поради възможността от повишен риск за повторение на заболяването. Провеждането на генетична консултация на семейства, в които има родено дете с хромозомна болест или дисморфичен синдром е изключително важно. Съществуват методи, с помощта на които може да се предотврати повторението на този инцидент - пренатална диагностика, ехографско наблюдение по време на бременността от специалист за изключване на определени аномалии. Генетичната консултация трябва да се проведе преди планиране на следваща бременност.

Вашето активно съдействие по време на диагностичния процес е изключително важно за крайния резултат от нашата работа.

Вродени аномалии на системата на кръвообращението

Това са заболявания на сърдечно - съдовата система, при които има нарушаване на анатомичното развитие водещо до остра сърдечно - съдова слабост. Спешната оперативна корекция още в ранния неонатален период е единствения правилен подход.

Вродени аномалии на дихателната система

Това са заболявания на дихателната система свързани с нарушаване на анатомичното развитие на белите дробове, дихателните пътища и диафрагмата. Веднага след раждането клинически се представят като тежка дихателна недостатъчност. Спешната оперативна корекция в ранния неонатален период значително подобрява крайния изход.

Вродени аномалии на храносмилателната система

Това са заболявания на храносмилателната система свързани с нарушаване на анатомичното развитие на хранопровода, стомаха, тънките и дебелите черва, аналното отворстие, които водят до смущение в пасаж на храната и при недиагностициране - до развитие на илеус и перфорация. Спешната оперативна корекция в ранния неонатален период е решение на проблема.

Вродени аномалии на отделителната система

Това са заболявания на отделителната система свързани с нарушаване на анатомичното развитие на бъбреци, уретери, пикочен мехур уретра и външни полови органи, които водят до смущение в отделянето на урина и достигане развитие на бъбречна недостатъчност. Спешната оперативна корекция в ранния неонатален период значително подобряват крайния изход.

Неонаталните неврохирургични случаи представляват заболявания на нервната система, свързани с нарушаване на анатомичното развитие на мозъка и гръбначния мозък, неналагащи оперативна интервенция в рамките на 72 часа от раждането.

Доказването на вродените аномалии се изисква още през първите 48 часа, през този период се извършва стабилизация на хемодинамиката и превеждане на новороденото за оперативна корекция в специализирано оперативно звено.

КП № 13 ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ, ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

Минимален болничен престой – 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

- Z38.0** Едно дете, родено в стационар
- Z38.1** Едно дете, родено извън стационар
- Z38.2** Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
- Z38.3** Близнаци, родени в стационар
- Z38.4** Близнаци, родени извън стационар
- Z38.5** Близнаци, родени на неуточнено място
- Z38.6** Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
- Z38.7** Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
- Z38.8** Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Асфиксия по време на раждане

Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скалата на Аргар без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.

Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.

Асфиксия с оценка по скалата на Аргар 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.

Оценка по скалата на Аргар 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

Включва: инфекциозна пневмония, развита се вътреутробно или по време на раждането

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група В

P23.4 Вродена пневмония, причинена от E. coli

- P23.5** Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*
P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии
Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Mycoplasma
 Стрептококи, с изключение на група В
P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

- P24.0** Неонатална аспирация на мекониум
P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз
 Аспирация на околоплодна течност
P24.2 Неонатална аспирация на кръв
P24.3 Неонатална аспирация на мляко и регургитирана храна
P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

- P25.0** Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период
P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период
P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период
P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период
P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

- P26.0** Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

- P27.1** Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период
P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

- P36.0** Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група В
P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи
P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]
P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи
P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*
P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми
P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

- P39.2** Интраамниотична инфекция на плода, неклассифицирана другаде
P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:

- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

- P52.0** Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото
 Субependимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

- P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото**
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул
- P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото**
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим
- P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото**
- P52.4 Вътримозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото**
- P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото**
- P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото**
- P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото**

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)

- P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания**
- P58.1 Неонатална жълтеница от кървене**
- P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция**
- P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия**
- P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото**
- P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв**
- P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза**

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)
ядрена жълтеница (P57.—)

- P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане**
Хипербилирубинемия на недоносените деца
Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане
- P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка**
- P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания**
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
- P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията**
- P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини**
- P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото**
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

- P61.2 Анемия на недоносеността**
- P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба**

Преходни нарушения на въглехидратната обмяна, характерни за плода и новороденото

- P70.0 Неонатален синдром при майка с гестационен диабет**
- P70.1 Неонатален синдром при майка, болна от диабет**
Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)
- P70.2 Неонатален захарен диабет**
- P70.3 Ятрогенна неонатална хипогликемия**
- P70.4 Други неонатални хипогликемии**
Преходна неонатална хипогликемия
- P70.8 Други преходни нарушения на въглехидратната обмяна у плода и новороденото**
- P70.9 Преходно нарушение на въглехидратната обмяна у плода и новороденото, неуточнено**

- P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото**

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)

P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит

P78.1 Други форми на неонатален перитонит
Неонатален перитонит БДУ

P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв

P78.3 Неинфекциозна диария у новородено
Диария у новородено БДУ

Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)

P78.8 Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период
Вродена цироза (чернодробна)
Пептична язва у новородено

P90 Неонатални гърчове

Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

P91.0 Неонатална церебрална исхемия

P91.1 Перивентрикуларни кисти (придобити) у новородено

P91.2 Церебрална левкомалация у новородено

P91.3 Церебрална възбудимост на новородено

P91.4 Церебрална депресия у новородено

P91.5 Неонатална кома

Други нарушения, възникващи в перинаталния период

P96.0 Вродена бъбречна недостатъчност
Уремия у новородено

P96.1 Симптоми на лекарствена абстиненция у новородено, причинени от наркомания на майката

Синдром на абстиненция у новородено, обусловен от наркомания на майката

Не включва: лекарствени реакции и интоксикации от приложени на майката опиати и транквилизатори по време на раждането и родоразрешаването (P04.0)

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на всички живородени деца на **първо място** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане”**. Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.

На **второ място** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология”), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането, (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**), както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38**.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно

Включва: венозно инжектиране на багрило
Офталмоскопия

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 глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия

Електрографично мониториране

Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
Друго измерване на дихателна функция	
11503-08	Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-02	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-06	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за хистология
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-02	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-00	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-01	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-02	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
Включва следните изследвания: - клинично-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити, - биохимични – кръвна захар, общ белтък, албумин, йонограма, С-реактивен протеин - АКР Скрининг за фенилкетонурия Скрининг за хипотиреоза Скрининг за ВНХ	
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-01	Неонатален скрининг Скрининг за: • фенилкетонурия • вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ) • хипотиреоза
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91908-02	Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и повърнати материи за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91920-02	Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Венозна катетеризация	
13300-02	Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено <i>Включва: инфузия</i>
Неинвазивно вентилаторно подпомагане	
Vi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP] Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP] Непостоянна маска CPAP Дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] Неинвазивна маскова вентилация [NIMV] Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV] <i>Включва:</i> вентилационно подпомагане с: <ul style="list-style-type: none"> • лицева маска • орално парче • назална маска (възглавнички) (канюли) • назална, назофарингеална тръба <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • ендотрахеална интубация (виж блок [569]) • трахеостомия (виж блок [569]) 	
92209-00	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа
92209-01	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа
92209-02	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
96157-00	Неинцизионен дренаж на дихателни пътища

Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)

Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:

- перкусия
- разклащане
- вибратор

Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията

Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия

Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• *тромбоцити*

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
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])

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
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])

Приложение на фармакотерапия

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

Приложение на фармакотерапия

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Приложение на фармакотерапия

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

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

Не включва: 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
----------	---

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, едната от които е с код 58500-00 или 13311-00, втората е изследване на кръв 91910-04, 91910-12, 91910-17, 91910-05, 91910-41, 91910-19, 91910-15 и задължително скрининг за ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм- 91910-01, **през първата седмица от живота**) и две основни терапевтични процедури, една от които е 13882-00 или 13882-01 или 13882-02 или 92209-00 или 92209-01 или 92209-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

При необходимост от превеждане на новороденото за спешно хирургично лечение, клиничната пътека се счита за завършена при изпълнени всички задължителни диагностични и терапевтични процедури, без да е спазен задължителният минимален болничен престой.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология“.

При липса на клиника/отделение по неонатология II ниво на компетентност и наличие на клиника/отделение по педиатрия и детска кардиология III ниво на компетентност, съгласно разрешението за дейност на министъра на здравеопазването, и при наличието на специалист по педиатрия с проведен основен курс по неонатология, ЛЗБП може да сключи договор по тази КП.

1. 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. Неонатологична клиника/отделение
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КГА, КАС, ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване- рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

2. 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. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Офталмологична клиника/отделение
7. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и интензивно лечение на новородени с първа степен на тежест на състоянието - хемодинамична стабилност (артериално налягане и сърдечна честота в рамките на референтни стойности) до 96 часа; намаляване на кислороден индекс до 48 часа; транскутанна сатурация над 85% при FiO₂ – 03, при наличие на:

- дихателна недостатъчност, налагаща апаратна вентилация;
- перинатална асфиксия;
- неонатален сепсис;
- майчино-фетална инфекция..

КРИТЕРИИ ЗА ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО:

1. Хемодинамична стабилност (артериално налягане и сърдечна честота в рамките на референтни стойности) до 96 часа.

2. Намаляване на кислороден индекс до 48 часа. Транскутанна сатурация над 85% при FiO₂ – 03.

Критериите за тежест на състоянието задължително се документират в реанимационен лист през целия период на апаратна вентилация, с мониторинг на жизненоважни показатели (сърдечна честота, дихателна честота, артериално налягане, пулсоксиметрия), динамиката на промените в газовия анализ и параметрите на апарата, подадени от лекуващия лекар.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Всички диагностични и терапевтични процедури се отразяват в реанимационен лист, задължителен за всяко дете на апаратна вентилация.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за

конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КТ и МРТ (последните четири при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична дейности.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, газов анализ, рентген на бял дроб), микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и трахеален секрет) и др.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението;
- рехабилитация в болнични или домашни условия;
- амбулаторно наблюдение и профилактични прегледи.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисково новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторен контрол и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

Апаратната вентилация е инвазивна животоспасяваща процедура при новородени деца с клиника на дихателна недостатъчност. Основните рискови моменти са в хода на интубацията, синхронизиране на апарата с дихателната дейност на детето, като например екстраалвеоларни газови колекции: интерстициален емфизем, пневмоторакс, допълнително инфектиране от честите трахеални лаважи.

При допълнителни въпроси относно продължителната апаратна вентилация родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 14 ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ, ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

Минимален болничен престой – 10 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

- Z38.0** Едно дете, родено в стационар
- Z38.1** Едно дете, родено извън стационар
- Z38.2** Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
- Z38.3** Близнаци, родени в стационар
- Z38.4** Близнаци, родени извън стационар
- Z38.5** Близнаци, родени на неуточнено място
- Z38.6** Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
- Z38.7** Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
- Z38.8** Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Асфиксия по време на раждане

Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скалата на Аргаг без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.

Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.

Асфиксия с оценка по скалата на Аргаг 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.

Оценка по скалата на Аргаг 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

Включва: инфекциозна пневмония, развита се вътреутробно или по време на раждането

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група В

P23.4 Вродена пневмония, причинена от E. coli

P23.5 Вродена пневмония, причинена от Pseudomonas

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии

Haemophilus influenzae

Klebsiella pneumoniae

Mycoplasma

Стрептококи, с изключение на група В

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

P24.0 Неонатална аспирация на мекониум

P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слюз

Аспирация на околоплодна течност

P24.2 Неонатална аспирация на кръв

P24.3 Неонатална аспирация на мляко и регургитирана храна

P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период

P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период

P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период

P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период

P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период

P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група В

P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи

P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]

P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи

P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*

P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми

P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, неклассифицирана другаде

P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:

- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)

- друга травма (S06.—)

- P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото**
Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)
- P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото**
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул
- P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото**
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим
- P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото**
- P52.4 Вътримозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото**
- P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото**
- P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото**
- P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото**

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)

- P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания**
- P58.1 Неонатална жълтеница от кървене**
- P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция**
- P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия**
- P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото**
- P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв**
- P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза**

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)
ядрена жълтеница (P57.—)

- P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане**
Хипербилирубинемия на недоносените деца
Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане
- P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка**
- P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания**
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
- P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията**
- P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини**
- P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото**
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

- P61.2 Анемия на недоносеността**
- P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба**

Преходни нарушения на въглехидратната обмяна, характерни за плода и новороденото

- P70.0 Неонатален синдром при майка с гестационен диабет**
- P70.1 Неонатален синдром при майка, болна от диабет**
Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)
- P70.2 Неонатален захарен диабет**
- P70.3 Ятрогенна неонатална хипогликемия**
- P70.4 Други неонатални хипогликемии**
Преходна неонатална хипогликемия
- P70.8 Други преходни нарушения на въглехидратната обмяна у плода и новороденото**
- P70.9 Преходно нарушение на въглехидратната обмяна у плода и новороденото,**

неуточнено

P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)

P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит

P78.1 Други форми на неонатален перитонит
Неонатален перитонит БДУ

P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв

P78.3 Неинфекциозна диария у новородено
Диария у новородено БДУ

Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)

P78.8 Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период
Вродена цироза (чернодробна)
Пептична язва у новородено

P90 Неонатални гърчове

Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

P91.0 Неонатална церебрална исхемия

P91.1 Перивентрикуларни кисти (придобити) у новородено

P91.2 Церебрална левкомалация у новородено

P91.3 Церебрална възбудимост на новородено

P91.4 Церебрална депресия у новородено

P91.5 Неонатална кома

Други нарушения, възникващи в перинаталния период

P96.0 Вродена бъбречна недостатъчност
Уремия у новородено

P96.1 Симптоми на лекарствена абстиненция у новородено, причинени от наркомания на майката

Синдром на абстиненция у новородено, обусловен от наркомания на майката

Не включва: лекарствени реакции и интоксикации от приложени на майката опиати и транквилизатори по време на раждането и родоразрешаването (P04.0)

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване“ и „Направление за хоспитализация“ на всички живородени деца на **първо място** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане“**. Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.

На **второ място** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология“), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането, (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**), както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване“ и „Направление за хоспитализация“ на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38**.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно

Включва: венозно инжектиране на багрило
Офталмоскопия

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 глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия

Електрографично мониториране

Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Друго измерване на дихателна функция	
11503-08	Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-02	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-06	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за хистология
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-02	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-00	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-01	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-02	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-00	Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-01	Микроскопско изследване на кръв за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
991937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
Включва следните изследвания: - клинично-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити, - биохимични – кръвна захар, общ белтък, албумин, йонограма, С-реактивен протеин - АҚР Скрининг за фенилкетонурия Скрининг за хипотиреоза Скрининг за ВНХ	
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

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-01	Неонатален скрининг Скрининг за: <ul style="list-style-type: none"> • фенилкетонурия • вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ) • хипотиреоза

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02	Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и повърнати материи за култура и чувствителност
----------	--

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02	Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
----------	--

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация

13300-02	Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено <i>Включва: инфузия</i>
----------	--

Венозна катетеризация

90220-00	Катетеризация/канюлизация на друга вена
----------	---

Неинвазивно вентилаторно подпомагане

Вi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
 Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
 Непостоянна маска CPAP
 Дишане с променливо позитивно налягане [IPPV]
 Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
 Неинвазивна маскова вентилация [NIMV]
 Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]
Включва: вентилационно подпомагане с:

- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:

- ендотрахеална интубация (виж блок [569])
- трахеостомия (виж блок [569])

92209-00	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа
92209-01	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа
92209-02	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
----------	--

Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00	<p>Неинцизионен дренаж на дихателни пътища</p> <p>Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)</p> <p>Постурален дренаж</p> <p>Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)</p> <p><i>Включва:</i> активен цикъл от дихателни техники [ACBT]</p> <p>техника на форсирана експирация [FET]</p> <p>с използване на техники/устройства като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • перкусия • разклащане • вибратор <p><i>Забележка:</i> Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията</p> <p><i>Не включва:</i> такава, включваща интубация (виж блок [568])</p>
----------	---

Вентилаторно подпомагане

Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия	
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия	
Променлива задължителна вентилация [IMV]	
Инвазивна вентилация	
Механична вентилация	
Налягане с позитивен експираторен край	
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]	
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]	
<i>Включва:</i> ендотрахеална:	
• интубация	
• асистирано дишане	
механична вентилация с:	
• ендотрахеална тръба (ETT)	
• назална	
• орална	
• трахеостомия	
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод	
<i>Кодирай също когато е направена:</i>	
• трахеостомия:	
• перкутанна (41880-00 [536])	
• постоянна (41881-01 [536])	
• временна (41881-00 [536])	
<i>Не включва:</i> продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])	
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])	
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])	
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])	
13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

- 13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
- 13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
 - опаковани клетки
 - червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
 - коагулационни фактори НКД
 - криопреципитати
 - фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
 - плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
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])

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
- 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])

Приложение на фармакотерапия

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

Приложение на фармакотерапия

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Приложение на фармакотерапия

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

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, едната от които е с код 58500-00 или 13311-00, изследване на кръв- 91910-04, 91910-12, 91910-17, 91910-05, 91910-41, 91910-19, 91910-15-, и задължително скрининг за ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм 91910-01 **през първата седмица от живота**), и три основни терапевтични процедури, две от които 13882-00, 13882-01, 13882-02 и 90220-00, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

При необходимост от превеждане на новороденото за спешно хирургично лечение, клиничната пътека се счита за завършена при изпълнени всички задължителни диагностични и терапевтични процедури, без да е спазен задължителният минимален болничен престой.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от

проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“, от обхвата на медицинските специалности „Педиатрия“ или „Детска кардиология“, осъществявани на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарти „Неонатология“, „Педиатрия“ или „Детска кардиология“.

1. 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. Неонатологична клиника/отделение или Клиника отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска кардиология
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС , ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване- рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

2. 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. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Офталмологична клиника/отделение
7. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология” и Педиатрия):

- в клиника/отделение по Неонатология, минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

или

- в клиника/отделение по педиатрия/детска кардиология, четирима лекари със специалност педиатрия/детска кардиология.

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

- Диагностика и интензивно лечение на новородени с втора степен на тежест на състоянието - нестабилна хемодинамика след 96-тия час: сърдечна честота извън референтните стойности, артериална хипотония, намалена диуреза (олиго- и анурия), кислородозависимост и апаратна зависимост: персистиране на хипоксемия, Ра налягане на кислород под 50, персистиране на хиперкарбия, Ра налягане на CO₂ над 50 мм Hg, при наличие на:
 1. дихателна недостатъчност, налагаща апаратна вентилация;
 2. перинатална асфиксия;
 3. шокови състояния;
 4. неонатален сепсис;
 5. майчино-фетална инфекция;
 6. конвулсии при новороденото

КРИТЕРИИ ЗА ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО:

1. Нестабилна хемодинамика след 96-тия час – сърдечна честота извън референтните стойности, артериална хипотония, намалена диуреза (олиго- и анурия).

2. Кислородозависимост и апаратна зависимост: персистиране на хипоксемия, Ра налягане на кислород под 50, персистиране на хиперкарбия, Ра налягане на CO₂ над 50 мм Hg.

Критериите за тежест на състоянието задължително се документират в реанимационен лист през целия период на апаратна вентилация, с мониторинг на жизненоважни показатели (сърдечна честота, дихателна честота, артериално налягане, пулсоксиметрия), динамиката на промените в газовия анализ и параметрите на апарата, подадени от лекуващия лекар.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Всички диагностични и терапевтични процедури се отразяват в реанимационен лист, задължителен за всяко дете на апаратна вентилация.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КТ и МРТ (последните четири при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична дейности.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, газов анализ) рентген на белия дроб), микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и трахеален секрет).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;

- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

Довършване на лечебния процес и проследяване

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

1. контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
2. продължаване на лечението;
3. рехабилитация в болнични или домашни условия;
4. амбулаторно наблюдение и профилактични прегледи.

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисково новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторен контрол и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

Апаратната вентилация е инвазивна животоспасяваща процедура при новородени деца с клиника на дихателна недостатъчност. Основните рискови моменти са в хода на интубацията, синхронизиране на апарата с дихателната дейност на детето, като например екстраалвеоларни газови колекции: интерстициален емфизем, пневмоторакс, допълнително инфектиране от честите трахеални лаважи.

При допълнителни въпроси относно продължителната апаратна вентилация родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 15 ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ПРИЛОЖЕНИЕ НА СЪРФАКТАНТ

КП № 15.1 ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ЕДНОКРАТНО ПРИЛОЖЕНИЕ НА СЪРФАКТАНТ

Минимален болничен престой – 10 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

- Z38.0** Едно дете, родено в стационар
- Z38.1** Едно дете, родено извън стационар
- Z38.2** Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
- Z38.3** Близнаци, родени в стационар
- Z38.4** Близнаци, родени извън стационар
- Z38.5** Близнаци, родени на неуточнено място
- Z38.6** Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
- Z38.7** Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
- Z38.8** Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Вътреутробна хипоксия

Включва:

абнормна сърдечна честота на плода
фетален(-на) или интраутеринен(-на):

- ацидоза
- аноксия
- асфиксия
- дистрес
- хипоксия

наличие на мекониум в околоплодната течност
отделяне на мекониум

Не включва:

вътречерепен кръвоизлив, причинен от аноксия или хипоксия (P52.—)

P20.0 Вътреутробна хипоксия, установена преди раждането

P20.1 Вътреутробна хипоксия, установена по време на раждането и
родоразрешаването

Асфиксия по време на раждане

Забележка:

Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по
скалата на Арга без споменаване за асфиксия или други
разстройства на дишането.

Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се,
липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има
мускулна атония.

Асфиксия с оценка по скалата на Арга 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но

сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.

Оценка по скалата на Apgar 4-7 през първата минута след раждането

Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

Включва: инфекциозна пневмония, развита се вътреутробно или по време на раждането

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група В

P23.4 Вродена пневмония, причинена от E. coli

P23.5 Вродена пневмония, причинена от Pseudomonas

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии

Haemophilus influenzae

Klebsiella pneumoniae

Mycoplasma

Стрептококи, с изключение на група В

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

P24.0 Неонатална аспирация на мекониум

P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз

Аспирация на околоплодна течност

P24.2 Неонатална аспирация на кръв

P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период

P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период

P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период

P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период

P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период

P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група В

- P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи
- P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]
- P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи
- P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*
- P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми
- P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

- P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, неклассифицирана другаде
- P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:

- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

- P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)
- P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул
- P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим
- P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото
- P52.4 Вътримозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото
- P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото
- P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото
- P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото
- P53 Хеморагична болест на плода и новороденото
Дефицит на витамин K у новородено

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)

- P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания
- P58.1 Неонатална жълтеница от кръвене
- P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция
- P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия
- P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото
- P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв
- P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)

ядрена жълтеница (P57.—)

- P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане
Хипербилирубинемия на недоносените деца
Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане
- P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка
- P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни

- увреждания
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията
P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини
- P60** Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

P61.2 Анемия на недоносеността

P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба

P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Вродени аномалии на костно-мускулната система, некласифицирани другаде

Не включва: вроден (стерномастоиден) тортиколис (крива шия) (Q68.0)

Q79.0 Вродена диафрагмална херния

Не включва: вродена хиатусова херния (Q40.1)

Q79.1 Други вродени аномалии на диафрагмата

Липса на диафрагма

Вродена аномалия на диафрагмата БДУ

Евентрация на диафрагмата

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на всички живородени деца на **първо място** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане”**. Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.

На **второ място** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология”), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането, (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**), както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38**.

Допуска се намаляване на минималния болничен престой на 1 ден, в случаите на превеждане от едно ЛЗБП с отделение II ниво в друго ЛЗБП с клиника/отделение III ниво на компетентност, на пациент с тегло при раждането под 1200 грама и с еднократно приложение на сърфактант. Последващото лечение на пациента в клиника/отделение III ниво на компетентност може да продължи по КП № 13, 14 или по КП № 15.2 (с многократно приложение на сърфактант). В този случай двете КП на различните ЛЗБП (приемащо и изпращащо) могат да бъдат отчетени и заплатени в един и същ отчетен период.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно

Включва: венозно инжектиране на багрило
Офталмоскопия

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 глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалогграфия

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

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

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия

Електрографично мониториране

Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

Друго измерване на дихателна функция	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
Друго измерване на дихателна функция	
11503-08	Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-02	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-06	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за хистология
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-02	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-00	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-01	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-02	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-00	Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-01	Микроскопско изследване на кръв за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
Включва следните изследвания: - клинично-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене; тромбоцити. - биохимични – кръвна захар, общ белтък, албумин, йонограма: С-реактивен протеин, - АКР Скрининг за фенилкетонурия Скрининг за хипотиреоза Скрининг за ВНХ	

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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-01	Неонатален скрининг Скрининг за: <ul style="list-style-type: none"> • фенилкетонурия • вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ) • хипотиреоза
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91908-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Процедури за поставяне, прилагане или отстраняване върху гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
38803-00	Терапевтична торакоцентеза
Венозна катетеризация	
13300-02	Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено <i>Включва: инфузия</i>
Венозна катетеризация	
90220-00	Катетеризация/канюлизация на друга вена
Неинвазивно вентилаторно подпомагане	
Bi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP] Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP] Непостоянна маска CPAP Дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] Неинвазивна маскова вентилация [NIMV] Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV] <i>Включва:</i> вентилационно подпомагане с: <ul style="list-style-type: none"> • лицева маска • орално парче 	

	<ul style="list-style-type: none"> • назална маска (възглавнички) (канюли) • назална, назофарингеална тръба <p><i>Не включва:</i> такава с:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ендотрахеална интубация (виж блок [569]) • трахеостомия (виж блок [569])
92209-00	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа
92209-01	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа
92209-02	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92042-00	Немеханични методи за реанимация Уста-в-уста ресусцитация
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92044-00	Друго кислородно обогатяване Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори <i>Не включва:</i> хипербарна оксигенация (виж блок [1888])
Манипулации на дихателни пътища	
90179-02	Назофарингеална интубация <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на назофарингеална интубация (90179-05 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
Манипулации на дихателни пътища	
92035-00	Друга интубация на дихателни пътища Интубация на респираторния тракт БДУ
Манипулации на дихателни пътища	
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен Ендотрахеална интубация БДУ <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92036-00	Поставяне на назогастрална сонда Сондиране за декомпресия <i>Не включва:</i> Sengstaken тръба (13506-00 [1899])
Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система	
92066-00	Поставяне на ректална тръба

Смяна на ректална тръба

Други терапевтични интервенции на дихателна система

- 96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:
 - перкусия
 - разклащане
 - вибратор*Забележка:* Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Вентилаторно подпомагане

- Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
 - интубация
 - асистирано дишанемеханична вентилация с:
 - ендотрахеална тръба (ETT)
 - назална
 - орална
 - трахеостомияотучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
Кодирай също когато е направена:
 - трахеостомия:
 - перкутанна (41880-00 [536])
 - постоянна (41881-01 [536])
 - временна (41881-00 [536])*Не включва:* продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

- 13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
- 13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
- 13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
 - еритроцити
 - опаковани клетки
 - червени кръвни клетки

продукти

- 13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
 - коагулационни фактори НКД
 - криопреципитати
 - фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
 - плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
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])

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
- 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])

Приложение на фармакотерапия

инжекция на антибиотик и на други анти-инфекциозни медикаменти

- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен 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, противоифекциозен агент
Приложение на фармакотерапия	
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p>Кодирай също когато е направена:</p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p>Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92052-00	Кардиопулмонална ресуситация
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
13400-00	<p>Кардиовезия</p> <p>Дефибрилация</p> <p>Сърдечен електрошок</p> <p>Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация</p> <p>Не включва: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода</p>
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92055-00	Друга конверсия на сърдечен ритъм
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92053-00	<p>Затворен гръден сърдечен масаж</p> <p>Сърдечен масаж БДУ</p> <p>Външен ръчен сърдечен масаж</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени пет основни диагностични процедури, от които четири задължителни: с код 58500-00, 13310-00, 13311-00, изследване на кръв- 91910-04, 91910-12, 91910-17, 91910-05, 91910-41, 91910-19 и задължително скрининг за ФКУ,ВНХ и хипотиреоидизъм - 91910-01 **през първата седмица от живота**, и две основни терапевтични процедури (едната задължително е 92043-00, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**).

Инсуфлирането на сърфактант с код 92043-00 е задължителна терапевтична процедура.

Показателите, които се изследват и са включени в рубриката „Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи“ са по преценка на лекуващия лекар и са в зависимост от патологията.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" (за новородени над 1200 грама) и на трето ниво на компетентност (за новородени под 1200 грама). Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология”.

1. 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. Неонатологична клиника/отделение с II-ро ниво компетентност за новородени над 1200 грама и/или Неонатологична клиника/отделение с III-ро ниво компетентност за новородени под 1200 грама
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС , ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване - рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и

съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

2. 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. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Офталмологична клиника/отделение
7. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- за клиники/отделения по неонатология от второ ниво (за новородени над 1200 грама) - минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

и/или

- за клиники/отделения по неонатология от трето ниво (за новородени под 1200 грама) - най-малко шест лекари, от тях най-малко трима с придобита специалност по неонатология и с придобита специалност по неонатология трябва да имат допълнителна квалификация по ултразвукова диагностика в неонатологията и церебрално функционално мониториране.

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и интензивно лечение на новородени, при наличие на:

1. дихателна недостатъчност с първичен или вторичен сърфактант-дефицит, налагаща апаратна вентилация;
2. вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
3. шокови състояния;
4. неонатален сепсис;

5. майчино-фетална инфекция;
6. конвулсии при новороденото.
3. Сърфактант-терапия: първоначална инсуфлация на сърфактант;
 - 3.1. мониторинг на жизненоважните показатели (сърдечна честота и пулсоксиметрия) се провежда преди, по време на инсуфлацията и два часа след сърфактант-терапията;
 - 3.2. последваща инсуфлация на сърфактант при персистиране на диспнеята, респираторната ацидоза, тежка кислородо- и апаратна зависимост, тежка хиповентиляция.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Всички диагностични и терапевтични процедури се отразяват в реанимационен лист, задължителен за всяко дете на апаратна вентилация. Мониторинг на жизненоважните показатели (сърдечна честота и пулсоксиметрия) се провежда преди, по време на инсуфлацията и два часа след сърфактант-терапията. Мониторирането на газов анализ и жизненоважни показатели продължава до стабилизиране на хемодинамиката и овладяване на хипоксемията и хиперкарбията.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. Сърфактант профилактика и терапия задължително се провеждат от специалист по неонатология своевременно до 12 час след раждане при респираторен дистрес синдром с първичен сърфактант - дефицит по протокол.

При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КТ и МРТ (последните три при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична дейности.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и

здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, газов анализ, рентген на бял дроб), микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и трахеален секрет) и др.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности.
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

III. 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”* - 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” - 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ПРОТОКОЛ

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ СЪС СЪРФАКТАНТ

Име :

ЕГН на майката ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

Гестационна възраст.....

Телесно тегло:

Час на раждане.....

Час на инсуфлация.....

Първа доза (час и дата).....

Втора доза (час и дата).....

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Хематологични изследвания		
Рентгеново изследване на бял дроб		
Кръвно-газов анализ		
Биохимични показатели		
Микробиологично изследване на трахеален аспират		
Хемокултура		
АНАМНЕСТИЧНИ ДАННИ ЗА:		
1. Преждевременно раждане		
2. Антенатална кортикостероидна профилактика		
3. Перинатална асфиксия		
4. Майчино-фетална инфекция		
ПОКАЗАНИЯ		
1. Хиалинно-мембранна болест		
2. Аспирационен синдром		
3. Неонатална пневмония		
4. Дихателна недостатъчност с клиника на сърфактант дефицит		
5. Аномалии на дихателната система		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
1. Аномалии на ЦНС, несъвместими с живота		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ СЪС СЪРФАКТАНТ		
1. Екстраалвеоларни газови колекции (пневмоторакс, пневмомедиастинум)		

НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ТРАХЕАЛНАТА ИНСУФЛАЦИЯ

Сърфактантът се прилага в доза 100-200 мг/кг телесна маса по протокол. Ранното приложение на сърфактанта води до намаляване на дихателната недостатъчност, редуциране необходимостта от продължителна изкуствена вентилация.

Начин на аплициране:

Предварително се катетеризира трахеята през тубуса и се определя мястото на инсуфлацията. Количеството се инсуфлира първоначално в десния бял дроб като внимателно се изтегля сондата и се провежда обдишване с амбу в продължение на 1 минута. Бързото инстилиране предоределя по-равномерното разпределение на препарата в терминалните бронхиоли и алвеоли. След стабилизиране на функционалните показатели се извършва и инсуфлацията в левия бял дроб. Мониторирането на сърдечната честота и сатурацията се провеждат през целия период на сърфактант терапията. Параметрите на респиратора се определят от клиничната симптоматика и показателите от мониторинга.

Фишът за лечение със сърфактант става неразделна част от ИЗ на пациента. Флаконите употребени при лечение се съхраняват в клиниката или отделението до една година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име на
майката.....

ЕГН на майката:

Име на
детето.....

ИЗ №:

Гестационна възраст..... Телесно тегло.....

Час на раждане..... Час на инсуфлация.....

Първа доза (час и дата)..... Оксигенационен индекс.....

Втора доза (час и дата)..... Оксигенационен индекс.....

Диагноза:.....
.....

ЛЕЧЕНИЕ СЪС СЪРФАКТАНТ - фабричен № на флакона	
Индикации	Контраиндикации

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисково новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторинг и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

Сърфактант - терапията е високо-технологична животоспасяваща процедура, която се прилага по спешност при деца с тежка дихателна недостатъчност вследствие първичен или вторичен сърфактант-дефицит.

При допълнителни въпроси относно състоянието на детето и лечението родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

**КП № 15 ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА
НОВОРОДЕНИ С ПРИЛОЖЕНИЕ НА СЪРФАКТАНТ**
**КП № 15.2 ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА
НОВОРОДЕНИ С МНОГОКРАТНО ПРИЛОЖЕНИЕ НА
СЪРФАКТАНТ**

Минимален болничен престой – 10 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

- Z38.0** Едно дете, родено в стационар
- Z38.1** Едно дете, родено извън стационар
- Z38.2** Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
- Z38.3** Близнаци, родени в стационар
- Z38.4** Близнаци, родени извън стационар
- Z38.5** Близнаци, родени на неуточнено място
- Z38.6** Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
- Z38.7** Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
- Z38.8** Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Асфиксия по време на раждане

Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скалата на Арга без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.

Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)

- P21.0 Тежка асфиксия при раждане**
Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.
Асфиксия с оценка по скалата на Арга 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия
- P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане**
Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.
Оценка по скалата на Арга 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)

- P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром**
Хиалинно-мембранна болест
- P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото**

Вродена пневмония

Включва: инфекциозна пневмония, развила се вътреутробно или по време на раждането

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)

- P23.0 Вродена вирусна пневмония**
Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)
- P23.1 Вродена хламидийна пневмония**

- P23.2 Вродена стафилококова пневмония
P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група В
P23.4 Вродена пневмония, причинена от *E. coli*
P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*
P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии
Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Mycoplasma
Стрептококи, с изключение на група В
P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

- P24.0 Неонатална аспирация на мекониум
P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз
Аспирация на околоплодна течност
P24.2 Неонатална аспирация на кръв
P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

- P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период
P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период
P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период
P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период
P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

- P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

- P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период
P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

- P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група В
P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи
P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]
P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи
P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*
P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми
P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

- P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, неклассифицирана другаде
P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:

- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

- P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)
P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и

- новороденото**
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул
- P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото**
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим
- P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото**
- P52.4 Вътримозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото**
- P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото**
- P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото**
- P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото**

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)

- P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания**
- P58.1 Неонатална жълтеница от кървене**
- P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция**
- P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия**
- P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото**
- P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв**
- P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза**

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)
ядрена жълтеница (P57.—)

- P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане**
Хипербилирубинемия на недоносените деца
Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане
- P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка**
- P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания**
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
- P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията**
- P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини**
- P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото**
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

- P61.2 Анемия на недоносеността**
- P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба**

P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Вродени аномалии на костно-мускулната система, некласифицирани другаде

Не включва: вроден (стерномастоиден) тортиколис (крива шия) (Q68.0)

- Q79.0 Вродена диафрагмална херния**
Не включва: вродена хиатусова херния (Q40.1)
- Q79.1 Други вродени аномалии на диафрагмата**
Липса на диафрагма
Вродена аномалия на диафрагмата БДУ
Евентрация на диафрагмата

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на всички живородени деца на **първо място** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане”**. Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.

На **второ място** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология”), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането, (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**), както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване” и „Направление за хоспитализация” на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38**.

Допуска се намаляване на минималния болничен престой на 1 ден, в случаите на превеждане от едно ЛЗБП с отделение II ниво в друго ЛЗБП с клиника/отделение III ниво на компетентност, на пациент с тегло при раждането под 1200 грама и с еднократно приложение на сърфактант. Последващото лечение на пациента в клиника/отделение III ниво на компетентност може да продължи по КП № 13, 14 или по КП № 15.2 (с многократно приложение на сърфактант). В този случай двете КП на различните ЛЗБП (приемащо и изпращащо) могат да бъдат отчетени и заплатени в един и същ отчетен период.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания	
11212-00 Изследване на очно дъно	<i>Включва:</i> венозно инжектиране на багрило Офталмоскопия
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00 Рентгенография на гръден кош	<i>Включва:</i> бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум <i>Не включва:</i> такава на: <ul style="list-style-type: none">• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])• гръдна кост (58521-00 [1972])• гръден вход (58509-00 [1974])• трахея (58509-00 [1974])
Ултразвук на глава или шия	
55028-00 Ултразвук на глава	Ехоенцефалография <i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Ултразвук на сърце	
	<p>Ехокардиография</p> <p><i>Включва:</i> такъв изпълнен:</p> <ul style="list-style-type: none"> • използвайки: <ul style="list-style-type: none"> • 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
Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
92057-00	<p>Телеметрия</p> <p>Електрографично мониториране</p> <p><i>Не включва:</i> тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])</p>
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-00	Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ
13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
Друго измерване на дихателна функция	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
Друго измерване на дихателна функция	
11503-08	Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-02	<p>Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност</p> <p>Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител</p>
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92182-06	<p>Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност</p> <p>Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител</p>
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-02	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-00	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-01	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-02	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-00	Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-01	Микроскопско изследване на кръв за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
991937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
<p>Включва следните изследвания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клинично-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, диференциално броене; тромбоцити. - биохимични – кръвна захар, общ белтък, албумин, йонограма: С-реактивен протеин, - АКР <p>Скрининг за фенилкетонурия Скрининг за хипотиреоза Скрининг за ВНХ</p>	
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-01	<p>Неонатален скрининг</p> <p>Скрининг за:</p> <ul style="list-style-type: none"> • фенилкетонурия • вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ) • хипотиреоза
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91908-02	Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и повърнати материи за култура и чувствителност
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	

Процедури за поставяне, прилагане или отстраняване върху гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
38803-00	Терапевтична торакоцентеза
Венозна катетеризация	
13300-02	Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено <i>Включва: инфузия</i>
Венозна катетеризация	
90220-00	Катетеризация/канюлизация на друга вена
Неинвазивно вентилаторно подпомагане	
продължително позитивно налягане в дихателните пътища (CPAP) или изкуствено дишане с интермитиращо позитивно налягане (IPPV)	
Vi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP] Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP] Непостоянна маска CPAP Дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] Неинвазивна маскова вентилация [NIMV] Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV] <i>Включва:</i> вентилационно подпомагане с: <ul style="list-style-type: none"> • лицева маска • орално парче • назална маска (възглавнички) (канюли) • назална, назофарингеална тръба <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • ендотрахеална интубация (виж блок [569]) • трахеостомия (виж блок [569]) 	
92209-00	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа
92209-01	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа
92209-02	Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92042-00	Немеханични методи за реанимация Уста-в-уста ресусцитация
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92044-00	Друго кислородно обогатяване Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори

Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Манипулации на дихателни пътища

90179-02 Назофарингеална интубация

Не включва: само за грижа и поддържане на назофарингеална интубация (90179-05 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Манипулации на дихателни пътища

92035-00 друга интубация на дихателни пътища
интубация на респираторния тракт бду

Манипулации на дихателни пътища

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба
Смяна на ректална тръба

Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)

Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:
• перкусия
• разклащане
• вибратор

Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията

Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация

Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с
някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

- 13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
- 13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
- 13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• *тромбоцити*

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
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])

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
- 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])

Приложение на фармакотерапия

инжекция на антибиотик и на други анти-инфекциозни медикаменти

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

Приложение на фармакотерапия

- 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:*

<ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>	
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени пет основни диагностични процедури, от които четири задължителни: с код 58500-00, 13310-00 или 13311-00, изследване на кръв- 91910-04; 91910-12; 91910-17; 91910-18; 91910-01; 91910-05; 91910-41; 91910-19 и задължително скрининг за ФКУ,ВНХ и хипотиреоидизъм (през първата седмица от живота), и две основни терапевтични процедури, едната задължително е 92043-00, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Инсуфлирането на сърфактант с код 92043-00 е задължителна терапевтична процедура.

Показателите, които се изследват и са включени в рубриката „Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи“ са по преценка на лекуващия лекар и са в зависимост от патологията.

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 необходимост от превеждане на новороденото за спешно хирургично лечение, клиничната пътека се счита за завършена при изпълнени всички задължителни диагностични и терапевтични процедури, без да е спазен задължителният минимален болничен престой.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" (за новородени над 1200 грама) и на трето ниво на компетентност (за новородени под 1200 грама). Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология”.

1. 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. Неонатологична клиника/отделение с II-ро ниво компетентност за новородени над 1200 грама и/или Неонатологична клиника/отделение с III-ро ниво компетентност за новородени под 1200 грама
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС , ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване- рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

2. 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. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Офталмологична клиника/отделение
7. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- за клиники/отделения по неонатология второ ниво (за новородени над 1200 грама)- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

и/или

- за клиники/отделения по неонатология трето ниво (за новородени под 1200 грама)- най-малко шест лекари, от тях най-малко трима с придобита специалност по неонатология и с придобита специалност по неонатология трябва да имат допълнителна квалификация по ултразвукова диагностика в неонатологията и церебрално функционално мониториране;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и интензивно лечение на новородени, при наличие на:

1. дихателна недостатъчност с първичен или вторичен сърфактант-дефицит, налагаща апаратна вентилация;
2. вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
3. шокови състояния;
4. неонатален сепсис;
5. майчино-фетална инфекция;
6. конвулсии при новороденото.
3. Сърфактант-терапия: първоначална инсуфлация на сърфактант;
- 3.1. мониторинг на жизненоважните показатели (сърдечна честота и пулсоксиметрия) се провежда преди, по време на инсуфлацията и два часа след сърфактант-терапията;
- 3.2. последваща инсуфлация на сърфактант при персистиране на диспнеята,

респираторната ацидоза, тежка кислородо- и апаратна зависимост, тежка хиповентиляция.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Всички диагностични и терапевтични процедури се отразяват в реанимационен лист, задължителен за всяко дете на апаратна вентилация. Мониторинг на жизненоважните показатели (сърдечна честота и пулсоксиметрия) се провежда преди, по време на инсуфлацията и два часа след сърфактант-терапията. При персистиране на диспнеята, респираторната ацидоза, тежка кислородо- и апаратна зависимост, тежка хиповентиляция, се обсъждат индикации за повторна инсуфлация на сърфактант. В реанимационния лист се отразява точния час на инсуфлацията, газовия анализ преди инсуфлация и параметрите на респиратора. В хода на продължителната реанимация се обективизират вариациите на пулсоксиметрията по време на трахеален лаваж.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. Сърфактант профилактика и терапия задължително се провеждат от специалист по неонатология своевременно до 12 час след раждане при респираторен дистрес синдром с първичен сърфактант - дефицит по протокол.

При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КТ и МРТ (последните четири при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична дейности.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА

ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, газов анализ, рентген на бял дроб), микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и трахеален секрет) и др.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ *“ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”*.

ПРОТОКОЛ

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ СЪС СЪРФАКТАНТ

Име :

ЕГН на майката

ИЗ №:

Гестационна възраст.....

Телесно тегло:

Час на раждане.....

Час на инсуфлация.....

Първа доза (час и дата).....

Втора доза (час и дата).....

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Хематологични изследвания		
Рентгеново изследване на бял дроб		
Кръвно-газов анализ		
Биохимични показатели		
Микробиологично изследване на трахеален аспират		
Хемокултура		
АНАМНЕСТИЧНИ ДАННИ ЗА:		
1. Преждевременно раждане		
2. Антенатална кортикостероидна профилактика		
3. Перинатална асфиксия		
4. Майчино-фетална инфекция		
ПОКАЗАНИЯ		
1. Хиалинно-мембранна болест		
2. Аспирационен синдром		
3. Неонатална пневмония		
4. Дихателна недостатъчност с клиника на сърфактант дефицит		
5. Аномалии на дихателната система		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
1. Аномалии на ЦНС, несъвместими с живота		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ СЪС СЪРФАКТАНТ		
1. Екстраалвеоларни газови колекции (пневмоторакс, пневмомедиастинум)		

НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ТРАХЕАЛНАТА ИНСУФЛАЦИЯ

Сърфактантът се прилага в доза 100-200 мг/кг телесна маса по протокол. Ранното приложение на сърфактанта води до намаляване на дихателната недостатъчност, редуциране необходимостта от продължителна изкуствена вентилация.

Начин на аплициране:

Предварително се катетеризира трахеята през тубуса и се определя мястото на инсуфлацията. Количеството се инсуфлира първоначално в десния бял дроб като внимателно се изтегля сондата и се провежда обдишване с амбу в продължение на 1 минута. Бързото инстилиране предопределя по-равномерното разпределение на препарата в терминалните бронхиоли и алвеоли. След стабилизиране на функционалните показатели се извършва и инсуфлацията в левия бял дроб. Мониторингът на сърдечната честота и сатурацията се провеждат през целия период на сърфактант терапията. Параметрите на респиратора се определят от клиничната симптоматика и показателите от мониторинга.

Фишът за лечение със сърфактант става неразделна част от ИЗ на пациента. Флаконите употребени при лечение се съхраняват в клиниката или отделението до една година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име на
майката.....

ЕГН на майката:

Име на
детето.....

ИЗ №:

Гестационна възраст..... Телесно тегло.....

Час на раждане..... Час на инсуфлация.....

Първа доза (час и дата)..... Оксигенационен индекс.....

Втора доза (час и дата)..... Оксигенационен индекс.....

Диагноза:.....
.....

ЛЕЧЕНИЕ СЪС СЪРФАКТАНТ - фабричен № на флакона	
Индикации	Контраиндикации

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисков новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторинг и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

Сърфактант - терапията е високо-технологична животоспасяваща процедура, която се прилага по спешност при деца с тежка дихателна недостатъчност вследствие първичен или вторичен сърфактант-дефицит.

При допълнителни въпроси относно състоянието на детето и лечението родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 16 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕСТАБИЛНА ФОРМА НА АНГИНА ПЕКТОРИС/ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ БЕЗ ИНВАЗИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ И/ИЛИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ 3 ДНИ

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Стенокардия

I20.0 Нестабилна стенокардия

Стенокардия:

- кресчендо
- новопоявила се при усилие
- влошаваща се при усилие

Интермедиерен коронарен синдром

Прединфарктен синдром

I20.1 Стенокардия с документиран спазъм

Стенокардия:

- ангиоспастична
- на Prinzmetal
- причинена от спазъм
- вариантна

I20.9 Стенокардия, неуточнена

Стенокардия:

- БДУ
- сърдечна

Стенокарден синдром

Исхемична гръдна болка

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен като остър или с установена продължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началотому

Не включва: някоитекущи усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—)

инфаркт на миокарда:

- стар (I25.2)
- уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началотому (I25.8)
- повторен (I22.—)

постинфарктен миокарден синдром (I24.1)

I21.0 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на предната стена

Трансмурален инфаркт (остър)(на):

- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I21.1 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на долната стена

Трансмурален инфаркт (остър)(на):

- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заднен

I21.2 Остър трансмурален инфаркт на миокарда с други уточнени локализации

Трансмурален инфаркт (остър):

- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заднен (истински)

- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

I21.4 Остър субендокарден инфаркт на миокарда

Нетрансмурален инфаркт на миокарда БДУ

Повторен инфаркт на миокарда

Включва: рецидивиращ инфаркт на миокарда

Не включва: уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дни) от началото му (I25.8)

I22.0 Повторен инфаркт на миокарда на предната стена

Повторен инфаркт (остър)(на):

- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I22.1 Повторен инфаркт на миокарда на долната стена

Повторен инфаркт (остър)(на):

- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заднен

I22.8 Повторен инфаркт на миокарда с друга уточнена локализация

Повторен инфаркт на миокарда (остър):

- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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

<i>Не включва:</i> такава с < 12 часа – пропусни кода	
11708-00	Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане
Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
92056-00	Мониторинг на сърдечен дебит или кръвен ток, неклассифицирано другаде минимум три от следните медико-диагностични изследвания: Електролити МВ фракция Тропонин I - количествено изследване Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди
1924	Биохимична изследвания
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-21	Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол
91910-22	Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
1934	Други лабораторни изследвания
91911-01	Изследване на МВ фракция на креатинкиназа
91911-02	Количествено изследване на тропонин I
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
Поставяне на временен ендокарденпейсмейкър <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	
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт

	<ul style="list-style-type: none"> • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-11	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

Изискване:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които една задължително е минимум три от следните медико-диагностични изследвания/показатели: Електролити; МВ фракция; Тропонин I - количествено изследване; Липидограма: 91910-20, 91910-21, 91910-22, 91910-23, 91910-28, 91910-33, 91911-01; 91911-02; 11700-00; 55113-00 или 55118-00 и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица Кодове на основни процедури. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура като същевременно следва да бъде изпълнено условието, “минимум три от следните медико-диагностични изследвания: Електролити; МВ фракция; Тропонин I - количествено изследване; Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди“.

При отчетена основна диагноза **I20.0; I 20.1 и I 20.9 задължително се отчита като четвърта диагностична процедура** 11712-00 с изключение на тези с умерен и висок клиничен риск.

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 усложнено протичане или висок риск, налагащо спешно инвазивно изследване и лечение, пациентът задължително се насочва в друго лечебно заведение. Клиничната пътека се счита за предсрочно завършена, ако пациентът е насочен в друго лечебно заведение за инвазивна диагностика или интервенционално лечение и са извършени задължителните диагностични и терапевтични процедури, без да е спазен минималният

болничен престой.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно инвазивно или кардиохирургично лечение в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

Задължително се изследват СРК- МВ и количествено изследване на тропонин за диференциална диагноза нестабилна стенокардия и инфаркт на миокарда.

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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната 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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

1. 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", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести".

1. 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 вътрешни болести
2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение по вътрешни болести или КАИЛ/ОАИЛ
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиография, с възможност за неотложно 24-часово извършване.

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в звеното по кардиология в болничната структура по вътрешни болести – двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология;
- 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, притежаващ сертификат за базово ниво по ехокардиография.

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки с останалите звена на клиниката/отделението по вътрешни болести и специално с отделението за интензивно лечение на вътрешните болести, както и с болничните структури или структури извън болницата по образна диагностика, самостоятелна клиника/отделение по кардиология, притежаваща звено за инвазивно (интервенционално) лечение, сърдечна и/или съдова хирургия, 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**. Договорът трябва да осигурява достъп на пациентите до такива специализирани звена (например препоръчително в рамките най-много на **120 минути** за пациенти с остър коронарен синдром със СТ елевация).

Осигуряването на 24-часова връзка с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и консервативно лечение на пациенти със:

- **сигурен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) със ST сегмент елевация повече от 24 часа от началото на клиничната симптоматика или без персистираща ST сегмент елевация;**

- суспектен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) без персистираща ST сегмент елевация;
- нестабилна стенокардия;
- акцелерира стабилна стенокардия;
- новопоявила се стенокардия в покой;
- съмнение за остър коронарен синдром.

2. Оценка на терапевтичните алтернативи и насочване и транспорт на пациентите с остър миокарден инфаркт за интервенционално лечение.

3. Оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща ST-сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

4. Насочване и транспорт на пациентите с висок и умерен клиничен риск според GRACE скалата за инвазивно изследване

5. Осигуряване на 24-часова връзка с 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.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-та минута от началото на хоспитализацията. Ехокардиография се извършва до 12-ия час 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.

Специфични за наличието на остър коронарен синдром са следните ЕКГ-ски промени, придружаващи болката:

- динамична депресия на ST –сегмент, по-голяма от 1 мм в две и повече съседни отвеждания;
- инверсия на Т-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;
- преходен бедрен блок (ЛББ).

Болните с ОКС, с персистираща ST-сегмент елевация, с давност над 24 часа, се насочват в първите 24 – 48 часа за хоспитализация към високоспециализирано ЛЗБП до 48 час, препоръчително до 24-ия час, като в ИЗ и епикризата се отбелязва ЛЗБП, към което е насочен пациентът.

При болните с ОКС, без персистираща ST-сегмент елевация до 24-ия час задължително се прави оценка на риска* от клиничното протичане на заболяването и данните от неинвазивните лабораторни изследвания. По-нататъшното терапевтично поведение се определя от оценката на риска. При неизвършена такава оценка, клиничната пътека не се счита за завършена.

***Оценка на риска** за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща ST-сегмент елевация - прави се в първите 24 часа според GRACE скалата на интернет страницата на GlobalRegistry of AcuteCoronaryEvents:

Разпечатката от интернет страницата се прилага в ИЗ, а оценката на риска **като степен се отразява** в епикризата, съгласно следните таблици:

Риск от болнична смъртност при пациенти с ОКС без персистираща ST-сегмент елевация, съгласно GRACE скала

нисък риск	1-108 т.	< 1 %
умерен риск	109 – 140 т.	1-3 %
висок риск	> 140 т.	> 3 %

При наличие на висок и умерен клиничен риск болният се насочва за ранно диагностично инвазивно изследване към високоспециализирано ЛЗБП до 48 час препоръчително до 24-ия час като в ИЗ и епикризата се отбелязва ЛЗБП, към което е насочен пациентът.

При наличие на допълнителен рисков фактор като рецидив на ангина или миокардна исхемия, повишаване и последващо понижаване на тропонин, захарен диабет, предшестваща коронарна реваскуларизация, високорискова камерна аритмия, GFR под 60 мл/мин/1,73 кв.м., ЛК ФИ под 40%, пациентът може да се насочи към високоспециализирано ЛЗБП за диагностично инвазивно изследване независимо от оценката по GRACE скалата.

На изпращащото ЛЗБП се заплаща тази (настоящата) пътека, при спазени критерии за завършена клинична пътека. Болният се изписва и насочва към друго ЛЗБП за спешна коронарна ангиография и реваскуларизация със съответен транспорт (линейка с лекар, перфузори, дефибрилатор), след предварително обаждане в ЛЗБП, което ще приеме болния, което също се документира в епикризата.

След стабилизирането им, болните с нисък риск подлежат на неинвазивна оценка на коронарния резерв, последвана при необходимост от инвазивна оценка.

Болни със суспектна за стенокардия клиника и липса на данни за миокарден инфаркт, подлежат на неинвазивна и при необходимост - инвазивна диагностика.

Консервативната терапия при болни с остър коронарен синдром се провежда с нитропрепарати, бетаблокери, антиагреганти, антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулен хепарин), АСЕ инхибитори, калциеви антагонисти (**без нифедипин**), статини, обезболяващи медикаменти.

При противопоказания или невъзможност от страна на пациента да проведе РЕП, (записани в ИЗ и в епикризата), оценката се извършва посредством фармакологичен стрес-тест, ако няма контраиндикации.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, електрокардиограма, лабораторните изследвания (СК, СК-МВ, тропонин – количествено изследване, липидограма), ехокардиографията, сърдечните стрес-тестове и/или фармакологичен стрес тест.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Болният се дехоспитализира при:

- овладяване на клиничните симптоми;
- възможност за продължаване на лечението в амбулаторни условия;
- определена терапевтична стратегия - консервативна или инвазивна, включително насочване за извършване на интервенционална процедура.

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по 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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: ☐☐☐/мин

АН: ☐☐☐/☐☐☐

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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.

КОД НЗОК	Код проце- дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
-------------	--	---	--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------------------	---

Обща стойност:							

дата на изписване:

ден

месец

година

Директор на лечебното заведение:

подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ:

фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

НЕСТАБИЛНА АНГИНА ПЕКТОРИС – КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ, АНГИОГРАФИЯ И КОРОНАРНА ИНТЕРВЕНЦИЯ

Нестабилната ангина се проявява най-често като гръдни болки (тежест, парене, притискане), които са непредвидими, обикновено настъпват в покой и са значително по-тежки от тези при стабилната ангина. Непредвидими са, защото оплакванията обикновено не се провокират от физическо усилие или стрес (за разлика от стабилната ангина), по-чести са, по-тежки са и най-често настъпват в покой. Това състояние се дължи на различни промени в коронарните артерии – възпалена “активирана” атеросклеротична плака, тромб, коронарен артериален спазъм или комбинация от изброените причини и има значително по-лоша прогноза от стабилната стенокардия.

Диагнозата се поставя по оплакванията и състоянието на пациента, серийно проследяване на ЕКГ и лабораторни изследвания. Разликата между малък миокарден инфаркт и нестабилна ангина е в положителните лабораторни проби за миокарданекроза, които също се проследяват във времето. Лечението обикновено е в болница с венозни медикаменти, които противодействат на свръхактивираната система на съсирване (антикоагуланти), антиагреганти (аспирин и др.), обезболяващи, нитроглицерин и т.н.

В понятието “нестабилна стенокардия” се включват различни по прогноза и риск пациенти. Факторите, които определят по-висок риск от смърт и усложнено протичане на заболяването включват често рецидивирани гръдни болки в покой, особено в съчетание с

промени в електрокардиограмата, съпътстващи прояви на сърдечна недостатъчност или нарушения на сърдечния ритъм, положителни лабораторни изследвания (сърдечен тропонин и други маркери за риск).

Пациентите без посочените рискови фактори са с нисък риск и се нуждаят само от медикаментозно лечение. При тези болни, след трайно обезболяване и стабилизиране, се прави велоергометричен тест преди изписването от болница. Въз основа на резултата от теста се преценява по-нататъшното поведение – лечение с медикаменти в дома под контрол на личен лекар и кардиолог или насочване към високо специализирана болница за коронарография и реваскуларизация.

Високо рисковите болни се лекуват интензивно с венозни медикаменти и прогнозата при тях се подобрява от възстановяване на нормалния кръвоток в коронарните артерии (реваскуларизация). За да се постигне реваскуларизация се прави диагностична коронарография – през артерия на ръката или крака в коронарните артерии се вкарват специални катетри под рентгенов контрол и се впръсква контрастна материя (получава се цветна снимка на коронарните артерии – артериалната система, която кръвоснабдява сърцето).

След установяване на коронарната анатомия се определя метода на реваскуларизация – интервенционален или оперативен (аортокоронарен бай-пас).

Интервенционалният метод на коронарна реваскуларизация включва балоннадилатация (разширяване) на коронарното стеснение с интракоронарен балонен катетър, като понякога се поставя и интракоронарен стент (метална мрежичка, която поддържа проходимостта на съда). След интервенционална коронарна процедура е задължително продължителното антиагрегантно лечение – аспирин за цял живот и по препоръка на лекуващия кардиолог и втори антиагрегант (най-често клопидогрел).

Оперативната реваскуларизация се прави чрез поставяне на коронарен бай-пас по хирургичен път – подробна информация може да получите от лекуващия лекар.

След изписване от болница, независимо от начина на лечение на нестабилната ангина, е наложително да съобразите начина си на живот с препоръките, които ще Ви бъдат дадени от лекуващия екип – съответна диета, двигателен режим, редовно медикаментозно лечение, строг контрол на т.нар. рискови фактори – артериална хипертония, захарен диабет, дислипидемия, затлъстяване и др. Лечението Ви в амбулаторни условия ще се провежда от Вашия личен лекар и кардиолог.

КП № 17 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 17.1 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ИНВАЗИВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Сърдечна катетеризация	
	<p><i>Включва:</i> измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт</p> <p><i>Не включва:</i> при коронарна ангиография (38218 [668])</p>
38200-00	Дясна сърдечна катетеризация
38203-00	Лява сърдечна катетеризация
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Ексцизионни процедури на миокард	
38418-03	<p>Биопсия на миокард Биопсия на сърце БДУ</p> <p><i>Кодирай също когато е направен:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
1927	Морфологични изследвания
91914-20	Хистобиопсично изследване на две и повече проби от миокард
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38212-00	<p>Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра</p> <p>Тест с антиаритмични медикаменти Комплексно изследване на камерна тахикардия Индукция на камерна тахикардия Интраоперативно сърдечно мапиране</p> <p><i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])</p>
38209-00	<p>Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра</p> <p>Изследване на:</p> <ul style="list-style-type: none"> атриовентрикуларна проводимост функция на синусов възел синкоп <p>Обикновено изследване на камерна тахикардия</p> <p><i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])</p>
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
59903-03	Аортография
	<i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])

такава на:

- аорта (59903-03 [1990])
- мозъчен съд (59970-02 [1990])
- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография

Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография

Ангиокардиография на:

- пулмонална клапа
- десни:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография

Ангиокардиография на:

- аортна клапа
- леви:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:

- аортография (59903-03 [1990])
- вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

Друга ангиография

59718-00 Флебография

Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

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
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
1924 Биохимична изследвания	
91910-28	Креатинкиназа (КК) По преценка:
1934 Други лабораторни изследвания	
91911-01	Изследване на MB фракция на креатинкиназа
91911-02	Количествено изследване на тропонин I
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта	
38362-00	Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа
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	
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

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 две основни диагностични процедури, **(от които едната е задължително инвазивна)** и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, „Включва следните медико-диагностични изследвания: ПКК, хемостазеологичен статус - aPTT, MB и тропонин – 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

След биопсия на миокарда (код 38418-03), задължително се извършва хистологично изследване – отчита се с код 91914-20 Хистобиопсично изследване на две и повече проби от миокард.

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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната 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.

Процедурата ангиография се счита за изпълнена, когато контрастната материя е впръскана селективно и директно в изследваните съдове.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Кодове с номера 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и 59718-00 се отнасят и се изпълняват и от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“ (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет.

.Клиника по съдова хирургия може да изпълнява само инвазивните диагностични процедури с кодове: 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03; 59718-00 и 59718-00.

Клиничната пътека се заплаща до 2 пъти годишно за едно ЗОЛ за определен съдов сектор.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, решението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

I. 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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", в обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия", в обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия", в обхвата на

медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по съдова хирургия или Клиника/отделение по неврохирургия
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала, с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол или Ангиографска (процедурна) зала с ангиографска уредба, с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) само за клиника/отделение по образна диагностика; съдова хирургия; неврохирургия, оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография, с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия
2. КТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност (за КТ – минимум 16-детекторен)
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност „Инвазивна кардиология“, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

или

в клиника/отделение по инвазивна кардиология – **двама** кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност „Инвазивна кардиология“, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- за клиника/отделение по съдова хирургия – в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“ (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Ендоваскуларна съдова хирургия“, издадено от Ректор на медицински университет - за кодове с номера 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и 59718-00 – **минимум двама**;

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика и/или специалист по неврохирургия, притежаващи свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“ (издадено от Ректор на медицински университет) и/или специалист по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия“ (издадено от Ректор на медицински университет).

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. Допуска се 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90**

минути).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

На инвазивно изследване подлежат пациенти при изчерпани диагностични възможности за неинвазивни изследвания на сърдечно-съдовата система, доказано с медицинска документация.

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..

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Инвазивна диагностика на болни със сърдечно-съдови заболявания с необходимост от извършване на лява сърдечна катетеризация и ангиография при:

- болни, индицирани за сърдечна хирургия;
- ИБС - всички форми;
- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- ритъмни и проводни нарушения;
- сърдечна недостатъчност;
- болести на перикарда;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат;
- заболявания на аортата и големите съдове.

2. Инвазивна диагностика на болни със сърдечно-съдови заболявания с необходимост от извършване на дясна сърдечна катетеризация и ангиография при:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- болести на перикарда;
- кардиомиопатии;
- пулмонална хипертония;
- белодробен инфаркт;
- сърдечна недостатъчност;
- ИБС - всички форми;
- аномалии на белодробните съдове;
- вродени и придобити съдови аномалии;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат.

3. Извършване на коронарография при:

- исхемична болест на сърцето (ИБС) - всички форми; в т. ч. болни с остър миокарден инфаркт (ОМИ), насочени от друго лечебно заведение, в първите 24 часа от хоспитализацията;
- болни с нестабилна стенокардия и висок риск - за инвазивна оценка на коронарната анатомия - насочени след първите 24 часа от хоспитализацията при извършена оценка на риска;
- вродени сърдечни малформации и аномалии на коронарните артерии;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- ритъмни и проводни нарушения;
- сърдечна недостатъчност;

- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат;
 - заболявания на аортата и големите органни съдове.
4. Извършване на артериография при:
- болести на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други органни артерии;
 - вродени аномалии и придобити състояния на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други органни артерии;
 - болести на аортата - вродени и придобити.
5. Извършване на флебография при:
- флебит, тромбофлебит;
 - постфлебитен синдром;
 - венозни флебити и тромбози;
 - синдром на вена кава;
 - вродени аномалии на кръвоносната система;
 - травми на кръвоносни съдове с различна локализация.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, решението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

Лява сърдечна катетеризация, включваща селективна коронарна ангиография и лява вентрикулография и аортография, се провежда при болни със съмнение за ИБС, доказана чрез неинвазивни изследвания (ЕКГ, ехокардиография, лабораторни изследвания), при всички болни с предстояща сърдечна операция, както и при болни с вродени и придобити сърдечни пороци. При последната група се налага извършването и на **дясна сърдечна катетеризация**. Обемът на сърдечната катетеризация при всеки болен се преценява индивидуално според клиничното състояние и данните от неинвазивните изследвания.

Аортоартериография, селективна артериография, флебография се извършват при пациенти с цел поставяне на точна диагноза, допълваща данните получени от неинвазивни методи на изследване и определяне терапевтичното поведение.

Интервенционалните, терапевтичните методи, като емболизация, ангиопластика, апликация на вена кава филтри, тромболиза, се осъществяват като методи на изчерпващо лечение или предоперативна подготовка.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. нитропрепарати – и.в., шпрей, сублингвални, перорални;
2. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин); антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина, клопидогрел, IIB-IIIА блокери; фибринолитични;
3. антиаритмици – и.в. и перорални;
4. симпатикомиметици – допамин, добутамин, норадреналин;
5. обезболяващи – морфин, фентанил, петидин;
6. ACE – инхибитори;
7. калциеви антагонисти;
8. статини/фибрати;

9. симпатиколитици;
10. инфузионни разтвори;
11. бета - блокери;
12. антибиотици;
13. кортикостероиди;
14. мозъчнопротективни средства;
15. седативни медикаменти;
16. локален анестетик;
17. антиалергични средства;
18. специфични вазодилататори на белодробните артерии.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНВАЗИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА НЕ СЕ ИЗИСКВА ПРЕДОПЕРАТИВНА И ПРЕДАНЕСТЕЗИОЛОГИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се дехоспитализира, когато в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение, е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за:

- стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и;
- екстубиран пациент с трайно спонтанно дишане;
- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели (пулс, артериално налягане), в деня на дехоспитализацията;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска ревмокардиология) или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършената ангиографска, инвазивна процедура се записва на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД ☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов ☐ друг (опиши)

СЧ: /мин АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация/РМ):

☐ нормален ☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

**ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА
ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА
ПРОЦЕДУРА**

ПАЦИЕНТ <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">РЗОК №.</div> <div style="text-align: center;">здравен район</div> <div style="text-align: center;">ЕГН (ЛНЧ) на пациента</div> <div style="text-align: center;">Пол м/ж</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">Идентификационен номер</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ССН </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <input type="checkbox"/> ЛНЧ <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">дата на раждане</div> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">код на държава</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">име, презиме и фамилия по лична карта</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>Адрес: гр.(с)</div> <div>ул.</div> <div>№</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div>ж.к.</div> <div>бл.</div> <div>вх.</div> <div>тел.</div> </div> </div>	ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ: <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> договор с НЗОК </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">РЗОК №.</div> <div style="text-align: center;">здравен район</div> <div style="text-align: center;">регистрационен номер на лечебното заведение</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">име на лечебното заведение</div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">име и фамилия на лекаря</div> </div>
---	--

Клинична пътека	№. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Амбулаторна процедура	№. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Клинична процедура	№. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Диагноза: МКБ10 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
дата на приемане: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
дата на операцията: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
Пациент: (подпис)	

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

Обща стойност:							

дата на изписване:

ден

месец

година

Директор на лечебното заведение:
 подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ:
 фамилия, подпис

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

- 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.
- ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ** – в *“История на заболяването”*.
- 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.
- ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....)** – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

- **ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА;**

ДОКУМЕНТ №4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ДИАГНОСТИЧНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ. ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Ишемичната болест на сърцето е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция - аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРИ ДЕЦА

Интракардиалните изследвания са високоспециализирани изследвания, които се извършват при деца с вродени сърдечни малформации (ВМ) с оглед уточняване на диагнозата или детайли от нея, или за следоперативна оценка на хемодинамиката.

Изследването се извършва в специализирана лаборатория под рентгенов контрол. След пункция на венозен и/или артериален съд в областта на крака се въвежда специален катетър, с помощта на който се достига до сърдечните кухини, измерва се налягането в тях и се вземат проби кръв. Всяко изследване завършва с ангиография, т. е. изобразяване на сърдечните структури чрез впръскване на контрастно вещество.

Вашето дете няма да усеща болка, защото на мястото на убождането ще бъде поставена местна упойка, а на детето ще се приложи обща венозна упойка, за да спи. При деца под една година или под 10 кг, а също при деца в тежко състояние, когато изследването е с повишен риск за детето, то се извършва под обща упойка и се включва апарат за изкуствено дишане. Вашето дете ще наблюдава и от анестезиолог. В деня на изследването детето трябва да е гладно. След приключването му най-често детето остава в отделението за реанимация, колкото е необходимо.

Рискове от интракардиалното изследване има, но те са редки, най-често леки и преодолими и зависят от възрастта на детето, вида и тежестта на заболяването. На мястото на убождането може да се получи подутина от подкожно кръвене, което най-често се преодолява чрез продължително притискане на мястото на убождане и много рядко налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с катетрите в сърцето могат да настъпят нарушения на сърдечния ритъм, които най-често се овладяват с медикаменти и в редки случаи могат да застрашат живота на детето. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечна кухина. Възможни са и алергични реакции към контрастното вещество, но те обикновено са леки и бързо отзвучават. Информация относно самото изследване, възможните усложнения, както и резултатите от него ще получите от лекарите от екипа, който го извършва.

АОРТОАРТЕРИОГРАФИЯ. ФЛЕБОГРАФИЯ

Изследването, което се налага да Ви бъде извършено, може да се осъществи само ако Вие предварително дадете съгласието си.

За тази цел, Вие се нуждаете от разяснение за това, какво точно ще Ви бъде направено по време на диагностичната и лечебна манипулации и възможните след тях усложнения.

Аортоартериографията е инвазивен рентгенов метод за изобразяване на артериални съдове.

След въвеждането на катетър в аортната дъга, последователно се прониква в двете сънни артерии и двете шийни артерии.

След инжектиране на контрастното вещество се получава изобразяване на четирите магистрални съда на мозъка. Последователно се правят лицеви и профилни рентгенографии или ако допълнително се налага – други проекции.

С този метод се установяват промени в съдовете - запушване на артерии и вени, вродени аномалии, аневризми, травматични изменения на съдовете, спазми и др.

По време на инжектирането на контрастната материя, може да почувствате затопляне в областта на изследвания артериален съд, което е бързопреходно.

Необходимо е стриктно да спазвате указанията на оперативния екип за бързото и точно провеждане на изследването.

Получените образи се филмират, анализират и допълнително обработват, с оглед да се изгради сигурна ангиографска диагноза.

Възможни усложнения:

1. Алергична реакция към контрастната материя, дезинфекционни материали и медикаменти за местна анестезия. Ето защо Вие сте задължен за съобщите за евентуална алергия към медикаменти, храни, полени, домашен прах и др. на лекуващия Ви лекар и на лекаря, провеждащ ангиографското изследване преди извършването му, за да бъдете предварително медикаментозно подготвен. Ако получите алергична реакция след изследването, веднага сигнализирайте на лекуващия лекар или на медицинската сестра.

2. Хематом в мястото на пункцията.

3. Преходни съдови спазми, които могат да доведат до преходни зрителни, двигателни и сетивни нарушения, или преходно влошаване на съществуващите симптоми и белези на основното Ви заболяване.

Необходимо е да уведомите веднага, оперативният екип за всички промени в състоянието Ви по време на изследването.

Изход от КП № 17

„Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания“

Отчетен период (месец)				
1	2	3	4	5
ЕГН на пациенти по КП № 17, с извършена коронарография: кодове на процедури по МКБ 9КМ: 88.52; 88.53; 88.54; 88.55; 88.56; 88.57	Пациенти, преминали към интервенционални КП: № 21, 22, 23, 24, 20, 26 и 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ, симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки
общо	общо	общо	общо	общо

Отчетът по КП 17 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (колона 5), е над 30% от общия брой пациенти с извършена коронарография (колона 1), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.

КП № 17 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
КП № 17.2 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ИНВАЗИВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Сърдечна катетеризация	
	<i>Включва:</i> измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт <i>Не включва:</i> при коронарна ангиография (38218 [668])
38200-00	Дясна сърдечна катетеризация
38203-00	Лява сърдечна катетеризация
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Ексцизионни процедури на миокард	
38418-03	Биопсия на миокард Биопсия на сърце БДУ <i>Кодирай също когато е направен:</i> • кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
1927	Морфологични изследвания
91914-20	Хистобиопсично изследване на две и повече проби от миокард
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38212-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра Тест с антиаритмични медикаменти Комплексно изследване на камерна тахикардия Индукция на камерна тахикардия Интраоперативно сърдечно мапиране <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
38209-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра Изследване на: • атриовентрикуларна проводимост • функция на синусов възел • синкоп Обикновено изследване на камерна тахикардия <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
59903-03	Аортография
	<i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])

такава на:

- аорта (59903-03 [1990])
- мозъчен съд (59970-02 [1990])
- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография

Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография

Ангиокардиография на:

- пулмонална клапа
- десни:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография

Ангиокардиография на:

- аортна клапа
- леви:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:

- аортография (59903-03 [1990])
- вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

Друга ангиография

59718-00 Флебография

Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

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

Друга електрокардиография [ЕКГ]

- 11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания

1923 Хематологични изследвания

- 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
- 91910-10 Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)

1924 Биохимична изследвания

- 91910-28 Креатинкиназа (КК)

По преценка:

1934 Други лабораторни изследвания

- 91911-01 Изследване на MB фракция на креатинкиназа
- 91911-02 Количествено изследване на тропонин I

1934 Други лабораторни изследвания

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
- 92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

- 38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

- Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър
Не включва: 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

- 96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
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])

96200-11	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-10	<p>Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, (от които едната е задължително инвазивна) 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 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, „Включва следните медико-диагностични изследвания: ПКТ, хемостазеологичен статус - aPTT, MB и тропонин – 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.

След биопсия на миокарда (код 38418-03), задължително се извършва хистологично изследване – отчита се с код 91914-20 Хистобиопсично изследване на две и повече проби от миокард.

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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната 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.**

Процедурата ангиография се счита за изпълнена, когато контрастната материя е впръскана селективно и директно в изследваните съдове.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и от 59718-00 се отнасят и се изпълняват и от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“ (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Ендоваскуларна съдова хирургия“, издадено от Ректор на медицински университет.

Клиника по съдова хирургия може да изпълнява само инвазивните диагностични процедури с кодове: 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03; 59718-00 и 59718-00.

Клиничната пътека се заплаща до 2 пъти годишно за едно ЗОЛ за определен съдов сектор.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, решението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", в обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия", в обхвата на

медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия", в обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по съдова хирургия или Клиника/отделение по неврохирургия
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала, с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол или Ангиографска (процедурна) зала с ангиографска уредба, с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) само за клиника/отделение по образна диагностика; съдова хирургия; неврохирургия, оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазаология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография, с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия
2. КТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност (за КТ – минимум 16-детекторен),
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ; един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- за клиника/отделение по съдова хирургия – в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет - за кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и от 59718-00 – **минимум двама**;

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика и/или специалист по неврохирургия, притежаващи свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет) и/или специалист по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия” (издадено от Ректор на медицински университет).- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часово непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

На инвазивно изследване подлежат пациенти при изчерпани диагностични възможности за неинвазивни изследвания на сърдечно-съдовата система, доказано с

медицинска документация.

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..

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Инвазивна диагностика на болни със сърдечно-съдови заболявания с необходимост от извършване на лява сърдечна катетеризация и ангиография при:

- болни, индицирани за сърдечна хирургия;
- ИБС - всички форми;
- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- ритъмни и проводни нарушения;
- сърдечна недостатъчност;
- болести на перикарда;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат;
- заболявания на аортата и големите съдове.

2. Инвазивна диагностика на болни със сърдечно-съдови заболявания с необходимост от извършване на дясна сърдечна катетеризация и ангиография при:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- болести на перикарда;
- кардиомиопатии;
- пулмонална хипертония;
- белодробен инфаркт;
- сърдечна недостатъчност;
- ИБС - всички форми;
- аномалии на белодробните съдове;
- вродени и придобити съдови аномалии;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат.

3. Извършване на коронарография при:

- исхемична болест на сърцето (ИБС) - всички форми; в т. ч. болни с остър миокарден инфаркт (ОМИ), насочени от друго лечебно заведение, в първите 24 часа от хоспитализацията;
- болни с нестабилна стенокардия и висок риск - за инвазивна оценка на коронарната анатомия - насочени след първите 24 часа от хоспитализацията при извършена оценка на риска;
- вродени сърдечни малформации и аномалии на коронарните артерии;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- ритъмни и проводни нарушения;
- сърдечна недостатъчност;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат;
- заболявания на аортата и големите органи съдове.

4. Извършване на артериография при:

- болести на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други органи артерии;
- вродени аномалии и придобити състояния на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други органи артерии;

- болести на аортата - вродени и придобити.
5. Извършване на флебография при:
- флебит, тромбофлебит;
 - постфлебитен синдром;
 - венозни флебити и тромбози;
 - синдром на вена кава;
 - вродени аномалии на кръвоносната система;
 - травми на кръвоносни съдове с различна локализация.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, решението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

Лява сърдечна катетеризация, включваща селективна коронарна ангиография и лява вентрикулография и аортография, се провежда при болни със съмнение за ИБС, доказана чрез неинвазивни изследвания (ЕКГ, ехокардиография, лабораторни изследвания), при всички болни с предстояща сърдечна операция, както и при болни с вродени и придобити сърдечни пороци. При последната група се налага извършването и на **дясна сърдечна катетеризация**. Обемът на сърдечната катетеризация при всеки болен се преценява индивидуално според клиничното състояние и данните от неинвазивните изследвания.

Аортоартериография, селективна артериография, флебография се извършват при пациенти с цел поставяне на точна диагноза, допълваща данните получени от неинвазивни методи на изследване и определяне терапевтичното поведение.

Интервенционалните, терапевтичните методи, като емболизация, ангиопластика, апликация на вена кава филтри, тромболиза, се осъществяват като методи на изчерпващо лечение или предоперативна подготовка.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. нитропрепарати – и.в., шпрей, сублингвални, перорални;
2. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин); антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина, клопидогрел, IIB-IIIА блокери; фибринолитичи;
3. антиаритмици – и.в. и перорални;
4. симпатикомиметици – допамин, добутамин, норадреналин;
5. обезболяващи – морфин, фентанил, петидин;
6. ACE – инхибитори;
7. калциеви антагонисти;
8. статини/фибрати;
9. симпатиколитичи;
10. инфузионни разтвори;
11. бета - блокери;
12. антибиотици;
13. кортикостероиди;
14. мозъчнопротективни средства;
15. седативни медикаменти;

16. локален анестетик;
17. антиалергични средства;
18. специфични вазодилататори на белодробните артерии.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНВАЗИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА НЕ СЕ ИЗИСКВА ПРЕДОПЕРАТИВНА И ПРЕДАНЕСТЕЗИОЛОГИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се дехоспитализира, когато в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение, е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за:

- стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и;
- екстубиран пациент с трайно спонтанно дишане;
- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели (пулс, артериално налягане), в деня на дехоспитализацията;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска ревмокардиология) или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършената ангиографска, инвазивна процедура се записва на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване.

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД ☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов ☐ друг (опиши)

СЧ: /мин АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация/РМ):

☐ нормален ☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ		ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:	
<input type="checkbox"/> РЗОК №.	<input type="checkbox"/> здравен район	<input type="checkbox"/> РЗОК №.	<input type="checkbox"/> здравен район
<input type="checkbox"/> ЕГН (ЛНЧ) на пациента		<input type="checkbox"/> регистрационен номер на лечебното заведение	
<input type="checkbox"/> Пол м/ж		<input type="checkbox"/> УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ	
<input type="checkbox"/> Идентификационен номер			
<input type="checkbox"/> ЕГН	<input type="checkbox"/> ЛНЧ	дата на раждане <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ССН	<input type="checkbox"/> гражданин на ЕС	код на държава <input type="text"/> <input type="text"/>	
(или по двустранни спогодби)			
име, презиме и фамилия по лична карта			
Адрес: гр.(с)		ул. №	
ж.к. бл.		вх. тел.	
Клинична пътека		№. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Амбулаторна процедура		№. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Клинична процедура №. 					
Диагноза: МКБ10 					
дата на приемане: 		ИЗ: 			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ден </div> <div> месец </div> <div> година </div> </div>		Пациент: <div style="text-align: right; font-size: small;">(подпис)</div>			

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
Обща стойност:							

дата на изписване: 	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ден </div> <div>месец </div> <div>година </div> </div>	

Директор на лечебното заведение: <div style="text-align: right; font-size: small;">подпис и печат на лечебното заведение</div>	Лекар, вложил МИ: <div style="text-align: right; font-size: small;">фамилия, подпис</div>
---	--

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

- ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА;

ДОКУМЕНТ №4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ДИАГНОСТИЧНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ. ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Ишемичната болест на сърцето е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция - аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРИ ДЕЦА

Интракардиалните изследвания са високоспециализирани изследвания, които се извършват при деца с вродени сърдечни малформации (ВМ) с оглед уточняване на диагнозата или детайли от нея, или за следоперативна оценка на хемодинамиката.

Изследването се извършва в специализирана лаборатория под рентгенов контрол. След пункция на венозен и/или артериален съд в областта на крака се въвежда специален катетър, с помощта на който се достига до сърдечните кухини, измерва се налягането в тях и се вземат проби кръв. Всяко изследване завършва с ангиография, т. е. изобразяване на сърдечните структури чрез впръскване на контрастно вещество.

Вашето дете няма да усеща болка, защото на мястото на убождането ще бъде поставена местна упойка, а на детето ще се приложи обща венозна упойка, за да спи. При деца под една година или под 10 кг, а също при деца в тежко състояние, когато изследването е с повишен риск за детето, то се извършва под обща упойка и се включва апарат за изкуствено дишане. Вашето дете ще наблюдава и от анестезиолог. В деня на изследването детето трябва да е гладно. След приключването му най-често детето остава в отделението за реанимация, колкото е необходимо.

Рискове от интракардиалното изследване има, но те са редки, най-често леки и преодолими и зависят от възрастта на детето, вида и тежестта на заболяването. На мястото на убождането може да се получи подутина от подкожно кръвене, което най-често се преодолява чрез продължително притискане на мястото на убождане и много рядко налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с катетрите в сърцето могат да настъпят нарушения на сърдечния ритъм, които най-често се овладяват с медикаменти и в редки случаи могат да застрашат живота на детето. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечна кухина. Възможни са и алергични реакции към контрастното вещество, но те обикновено са леки и бързо отзвучават. Информация относно самото изследване, възможните усложнения, както и резултатите от него ще получите от лекарите от екипа, който го извършва.

АОРТОАРТЕРИОГРАФИЯ. ФЛЕБОГРАФИЯ

Изследването, което се налага да Ви бъде извършено, може да се осъществи само ако Вие предварително дадете съгласието си.

За тази цел, Вие се нуждаете от разяснение за това, какво точно ще Ви бъде направено по време на диагностичната и лечебна манипулации и възможните след тях усложнения.

Аортоартериографията е инвазивен рентгенов метод за изобразяване на артериални съдове.

След въвеждането на катетър в аортната дъга, последователно се прониква в двете сънни артерии и двете шийни артерии.

След инжектиране на контрастното вещество се получава изобразяване на четирите магистрални съда на мозъка. Последователно се правят лицеви и профилни рентгенографии или ако допълнително се налага – други проекции.

С този метод се установяват промени в съдовете - запушване на артерии и вени, вродени аномалии, аневризми, травматични изменения на съдовете, спазми и др.

По време на инжектирането на контрастната материя, може да почувствате затопляне в областта на изследвания артериален съд, което е бързопреходно.

Необходимо е стриктно да спазвате указанията на оперативния екип за бързото и точно провеждане на изследването.

Получените образи се филмират, анализират и допълнително обработват, с оглед да се изгради сигурна ангиографска диагноза.

Възможни усложнения:

1. Алергична реакция към контрастната материя, дезинфекционни материали и медикаменти за местна анестезия. Ето защо Вие сте задължен за съобщите за евентуална алергия към медикаменти, храни, полени, домашен прах и др. на лекуващия Ви лекар и на лекаря, провеждащ ангиографското изследване преди извършването му, за да бъдете предварително медикаментозно подготвен. Ако получите алергична реакция след изследването, веднага сигнализирайте на лекуващия лекар или на медицинската сестра.

2. Хематом в мястото на пункцията.

3. Преходни съдови спазми, които могат да доведат до преходни зрителни, двигателни и сетивни нарушения, или преходно влошаване на съществуващите симптоми и белези на основното Ви заболяване.

Необходимо е да уведомите веднага, оперативният екип за всички промени в състоянието Ви по време на изследването.

„Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания“

Отчетен период (месец)				
1	2	3	4	5
ЕГН на пациенти по КП № 17, с извършена коронарография: кодове на процедури по МКБ 9КМ: 88.52; 88.53; 88.54; 88.55; 88.56; 88.57	Пациенти, преминали към интервенционални КП: № 21, 22, 23, 24, 20, 26 и 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ, симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки
общо	общо	общо	общо	общо

Отчетът по КП 17.2 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (колона 5), е над 30% от общия брой пациенти с извършена коронарография (колона 1), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.

**КП № 18 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО -
СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ
КП № 18.1 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО -
СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ЗА
ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Сърдечна катетеризация	
<i>Включва:</i>	измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт
<i>Не включва:</i>	при коронарна ангиография (38218 [668])
38200-00	Дясна сърдечна катетеризация
38203-00	Лява сърдечна катетеризация
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38212-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра Тест с антиаритмични медикаменти Комплексно изследване на камерна тахикардия Индукция на камерна тахикардия Интраоперативно сърдечно мапиране <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38209-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра Изследване на: • атриовентрикуларна проводимост • функция на синусов възел • синкоп Обикновено изследване на камерна тахикардия <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
59903-03	Аортография <i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])
59970-03	Периферна артериография
59970-04	Друга артериография <i>Не включва:</i> такава с магнитен резонанс (90902 [1991]) такава на:

- аорта (59903-03 [1990])
- мозъчен съд (59970-02 [1990])
- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:

- пулмонална клапа
- десни:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:

- аортна клапа
- леви:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

38215-00 Коронарна ангиография

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ЕТТ)
 - назална
 - орална
 - трахеостомия
- отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

- 13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
- 13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
- 13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

- 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
- 96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една основна диагностична и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е с код 13882-00 или 13882-01 или 13882-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**).

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.

Процедурата ангиография се счита за изпълнена, когато контрастната материя е впръскана селективно и директно в изследваните съдове. Рентгеновите филми или друг носител на посочените изследвания се прикрепват към ИЗ.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и от 59718-00 се отнасят и се изпълняват и от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“ (издадено от Ректор на

медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет.

Клиника по съдова хирургия може да изпълнява само инвазивните диагностични процедури с кодове: 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03; 59718-00 и 59718-00.

Клиничната пътека се заплаща до 2 пъти годишно за едно ЗОЛ за определен съдов сектор.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия", в обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура	
1. Клиника/отделение по кардиология	или

Клиника/отделение по съдова хирургия или Клиника/отделение по неврохирургия
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол или Ангиографска (процедурна) зала с ангиографска уредба с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) към клиника/отделение по образна диагностика, съдова хирургия и неврохирургия), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност (за КТ – минимум 16-детекторен),
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

или

в клиника/отделение по инвазивна кардиология – **двама** кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- в клиника/отделение по съдова хирургия – в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет - за кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и от 59718-00 – **минимум двама**;

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет) и/или специалист по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия“ (издадено от Ректор на медицински университет);

- 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/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Инвазивна диагностика на заболявания на сърдечно-съдовата система с механична вентилация:

1.1. Извършване на лява сърдечна катетеризация при:

- болни, индицирани за сърдечна хирургия;
- ИБС - всички форми;
- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- камерни тахиаритмии;
- сърдечна недостатъчност.

1.2. Извършване на дясна сърдечна катетеризация при:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- констриктивен перикардит;
- кардиомиопатии;
- първична пулмонална хипертония;
- белодробен инфаркт;
- сърдечна недостатъчност;
- ИБС - всички форми;
- аномалии на белодробните съдове;
- вродени и придобити съдови аномалии.

1.3. Извършване на коронарография при:

- ИБС - всички форми;
- вродени сърдечни малформации и аномалии на коронарните артерии;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- камерни тахиаритмии;
- сърдечна недостатъчност.

1.4. Извършване на артериография при:

- болести на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други артерии;
- вродени аномалии и придобити състояния на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други артерии;
- болести на аортата - вродени и придобити.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лява сърдечна катетеризация, включваща селективна коронарна ангиография и лява вентрикулография и аортография, се провежда при болни със съмнение за ИБС, доказана чрез неинвазивни изследвания (ЕКГ, ехокардиография, лабораторни изследвания), при всички болни с предстояща сърдечна операция, както и при болни с вродени и придобити сърдечни пороци. При последната група се налага извършването и на **дясна сърдечна катетеризация**. . Обемът на сърдечната катетеризация при всеки болен се преценява индивидуално според клиничното състояние и данните от неинвазивните изследвания.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. нитропрепарати – и.в., шпрей, сублингвални, перорални;
2. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин); антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина, клопидогрел, IIB-IIIА блокери; фибринолитичи;
3. антиаритмици – и.в. и перорални;
4. симпатикомиметици – допамин, добутамин, норадреналин;
5. обезболяващи – морфин, фентанил, петидин;
6. ACE – инхибитори;
7. калциеви антагонисти;
8. статини/фибрати;
9. симпатиколитичи;
10. инфузионни разтвори;
11. бета - блокери;
12. антибиотици;
13. кортикостероиди;
14. мозъчнопротективни средства;
15. седативни медикаменти;
16. локален анестетик;
17. антиалергични средства
18. специфични вазодилататори на белодробните артерии.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се дехоспитализира, когато в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение, е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели (пулс, артериално налягане), в деня преди дехоспитализацията;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия..

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска ревмокардиология) или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършената ангиографска, инвазивна процедура се записва на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /PM):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Ишемичната болест на сърцето е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция – аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРИ ДЕЦА

Интракардиалните изследвания са високоспециализирани изследвания, които се извършват при деца с вродени сърдечни малформации (ВМ) с оглед уточняване на диагнозата или детайли от нея, или за следоперативна оценка на хемодинамиката.

Изследването се извършва в специализирана лаборатория под рентгенов контрол. След пункция на венозен и/или артериален съд в областта на крака се въвежда специален катетър, с помощта на който се достига до сърдечните кухини, измерва се налягането в тях и се вземат проби кръв. Всяко изследване завършва с ангиография, т. е. изобразяване на сърдечните структури чрез впръскване на контрастно вещество.

Вашето дете няма да усеща болка, защото на мястото на убождането ще бъде поставена местна упойка, а на детето ще се приложи обща венозна упойка, за да спи. При деца под една година или под 10 кг, а също при деца в тежко състояние, когато изследването е с повишен риск за детето, то се извършва под обща упойка и се включва апарат за изкуствено дишане. Вашето дете ще наблюдава и от анестезиолог.

В деня на изследването детето трябва да е гладно. След приключването му най- често детето остава в отделението за реанимация, колкото е необходимо.

Рискове от интракардиалното изследване има, но те са редки, най-често леки и преодолими и зависят от възрастта на детето, вида и тежестта на заболяването. На мястото на убождането може да се получи подутина от подкожно кръвене, което най-често се преодолява чрез продължително притискане на мястото на убождането и много рядко налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с катетрите в сърцето могат да настъпят нарушения на сърдечния ритъм, които най-често се овладяват с медикаменти и в редки случаи могат да застрашат живота на детето. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечна кухина. Възможни са и алергични реакции към контрастното вещество, но те обикновено са леки и бързо отзвучават. Информацията относно самото изследване, възможните усложнения, както и резултатите от него ще получите от лекарите от екипа, който го извършва.

Отчетен период (месец)				
1	2	3	4	5
ЕГН на пациенти по КП № 18, с извършена коронарография: кодове на процедури по МКБ 9КМ: 88.52; 88.53; 88.54; 88.55; 88.56; 88.57	Пациенти, преминали към интервенционални КП: № 21, 22, 23, 24, 20, 26 и 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/ неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ, симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки
общо	общо	общо	общо	общо

Отчетът по КП 18 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (колона 5), е над 30% от общия

брой пациенти с извършена коронарография (*колона 1*), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.

**КП № 18 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО -
СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ
КП № 18.2 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО -
СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ
ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Сърдечна катетеризация	
	<p><i>Включва:</i> измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт</p> <p><i>Не включва:</i> при коронарна ангиография (38218 [668])</p>
38200-00	Дясна сърдечна катетеризация
38203-00	Лява сърдечна катетеризация
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38212-00	<p>Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра</p> <p>Тест с антиаритмични медикаменти Комплексно изследване на камерна тахикардия Индукция на камерна тахикардия Интраоперативно сърдечно мапиране</p> <p><i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])</p>
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38209-00	<p>Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра</p> <p>Изследване на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • атриовентрикуларна проводимост • функция на синусов възел • синкоп <p>Обикновено изследване на камерна тахикардия</p> <p><i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])</p>
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
59903-03	<p>Аортография</p> <p><i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])</p>
Артериография	
59970-03	Периферна артериография

59970-04	Друга артериография <i>Не включва:</i> такава с магнитен резонанс (90902 [1991]) такава на: • аорта (59903-03 [1990]) • мозъчен съд (59970-02 [1990]) • коронарна артерия (38218 [668]) • периферна артерия (59970-03 [1989])
Друга ангиография	
59718-00	Флебография Венография <i>Не включва:</i> такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])
Процедури за изследване на камера	
59903-01	Дясна вентрикулография Ангиокардиография на: • пулмонална клапа • десни: • предсърдие • камера (изходящ тракт)
59903-00	Лява вентрикулография Ангиокардиография на: • аортна клапа • леви: • предсърдие • камера (изходящ тракт)
59903-02	Лява и дясна вентрикулография
Коронарна ангиография	
	<i>Кодирай също когато е направена:</i> • аортография (59903-03 [1990]) • вентрикулография (59903 [607])
38215-00	Коронарна ангиография
Друга ангиография	
59718-00	Флебография Венография <i>Не включва:</i> такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Вентилаторно подпомагане	
Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия Променлива задължителна вентилация [IMV] Инвазивна вентилация	

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
 - асистирано дишане
- механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
 - назална
 - орална
 - трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])

дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])

вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])

неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

- 13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
- 13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
- 13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една основна диагностична и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е с код 13882-00 или 13882-01 или 13882-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**).

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.

Процедурата ангиография се счита за изпълнена, когато контрастната материя е впръскана селективно и директно в изследваните съдове. Рентгеновите филми или друг носител на посочените изследвания се прикрепват към ИЗ.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03) и от 59718-00 се отнасят и се изпълняват и от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“ (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет.

Клиника по съдова хирургия може да изпълнява само инвазивните диагностични процедури с кодове: 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03; 59718-00 и 59718-00.

Клиничната пътека се заплаща до 2 пъти годишно за едно ЗОЛ за определен съдов сектор.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия", в обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по съдова хирургия или Клиника/отделение по неврохирургия
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол или Ангиографска (процедурна) зала с ангиографска уредба с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) към клиника/отделение по образна диагностика, съдова хирургия и неврохирургия), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност (за КТ – минимум 16-детекторен),
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- в клиника/отделение по съдова хирургия – в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет - за кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и от 59718-00 – **минимум двама**;

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет) и/или специалист по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия“ (издадено от Ректор на медицински университет);

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Инвазивна диагностика на заболявания на сърдечно-съдовата система с механична вентилация:

1.1. Извършване на лява сърдечна катетеризация при:

- болни, индицирани за сърдечна хирургия;
- ИБС - всички форми;
- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- камерни тахиаритмии;
- сърдечна недостатъчност.

1.2. Извършване на дясна сърдечна катетеризация при:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- констриктивен перикардит;
- кардиомиопатии;
- първична пулмонална хипертония;
- белодробен инфаркт;
- сърдечна недостатъчност;
- ИБС - всички форми;
- аномалии на белодробните съдове;
- вродени и придобити съдови аномалии.

1.3. Извършване на коронарография при:

- ИБС - всички форми;
- вродени сърдечни малформации и аномалии на коронарните артерии;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- камерни тахиаритмии;
- сърдечна недостатъчност.

1.4. Извършване на артериография при:

- болести на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други артерии;
- вродени аномалии и придобити състояния на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други артерии;
- болести на аортата - вродени и придобити.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лява сърдечна катетеризация, включваща селективна коронарна ангиография и лява вентрикулография и аортография, се провежда при болни със съмнение за ИБС, доказана чрез неинвазивни изследвания (ЕКГ, ехокардиография, лабораторни изследвания), при всички болни с предстояща сърдечна операция, както и при болни с вродени и придобити сърдечни пороци. При последната група се налага извършването и на **дясна сърдечна катетеризация**. . Обемът на сърдечната катетеризация при всеки болен се преценява индивидуално според клиничното състояние и данните от неинвазивните изследвания.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. нитропрепарати – и.в., шпрей, сублингвални, перорални;
2. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин); антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина, клопидогрел, IIb-IIIa блокери; фибринолитичи;
3. антиаритмици – и.в. и перорални;
4. симпатикомиметици – допамин, добутамин, норадреналин;
5. обезболяващи – морфин, фентанил, петидин;
6. ACE – инхибитори;
7. калциеви антагонисти;
8. статини/фибрати;
9. симпатиколитичи;
10. инфузионни разтвори;
11. бета - блокери;
12. антибиотици;
13. кортикостероиди;
14. мозъчнопротективни средства;
15. седативни медикаменти;
16. локален анестетик;
17. антиалергични средства
18. специфични вазодилататори на белодробните артерии.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се дехоспитализира, когато в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение, е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели (пулс, артериално налягане), в деня преди дехоспитализацията;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия..

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска ревмокардиология) или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършената ангиографска, инвазивна процедура се записва на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катетеризация /PM):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Ишемичната болест на сърцето е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция – аорто-коронарен байпас или клапно протезиране.

Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРИ ДЕЦА

Интракардиалните изследвания са високоспециализирани изследвания, които се извършват при деца с вродени сърдечни малформации (ВСМ) с оглед уточняване на диагнозата или детайли от нея, или за следоперативна оценка на хемодинамиката.

Изследването се извършва в специализирана лаборатория под рентгенов контрол. След пункция на венозен и/или артериален съд в областта на крака се въвежда специален катетър, с помощта на който се достига до сърдечните кухини, измерва се налягането в тях и се вземат проби кръв. Всяко изследване завършва с ангиография, т. е. изобразяване на сърдечните структури чрез впръскване на контрастно вещество.

Вашето дете няма да усеща болка, защото на мястото на убождането ще бъде поставена местна упойка, а на детето ще се приложи обща венозна упойка, за да спи. При деца под една година или под 10 кг, а също при деца в тежко състояние, когато изследването е с повишен риск за детето, то се извършва под обща упойка и се включва апарат за изкуствено дишане. Вашето дете ще наблюдава и от анестезиолог.

В деня на изследването детето трябва да е гладно. След приключването му най-често детето остава в отделението за реанимация, колкото е необходимо.

Рискове от интракардиалното изследване има, но те са редки, най-често леки и преодолими и зависят от възрастта на детето, вида и тежестта на заболяването. На мястото на убождането може да се получи подутина от подкожно кръвене, което най-често се преодолява чрез продължително притискане на мястото на убождането и много рядко налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с катетрите в сърцето могат да настъпят нарушения на сърдечния ритъм, които най-често се овладяват с медикаменти и в редки случаи могат да застрашат живота на детето. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечна кухина. Възможни са и алергични реакции към контрастното вещество, но те обикновено са леки и бързо отзвучават. Информация относно самото изследване, възможните усложнения, както и резултатите от него ще получите от лекарите от екипа, който го извършва.

Отчетен период (месец)				
1	2	3	4	5
ЕГН на пациенти по КП № 18, с извършена коронарография: кодове на процедури по МКБ 9КМ: 88.52; 88.53; 88.54; 88.55; 88.56; 88.57	Пациенти, преминали към интервенционални КП: № 21, 22, 23, 24, 20, 26 и 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ, симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки
общо	общо	общо	общо	общо

Отчетът по КП 18.2 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (*колона 5*), е над 30% от общия брой пациенти с извършена коронарография (*колона 1*), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.

КП № 19 ПОСТОЯННА ЕЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛАЦИЯ
КП № 19.1 ПОСТОЯННА ЕЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛАЦИЯ -
С ИМПЛАНТАЦИЯ НА АНТИБРАДИКАРДЕН ПЕЙСМЕЙКЪР-
ЕДНОКАМЕРЕН ИЛИ ДВУКАМЕРЕН
КП № 19.2 ПОСТОЯННА ЕЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛАЦИЯ -
С ИМПЛАНТАЦИЯ НА РЕСИНХРОНИЗИРАЩА СИСТЕМА ЗА
СТИМУЛАЦИЯ ИЛИ АВТОМАТИЧЕН КАРДИОВЕРТЕР
ДЕФИБРИЛАТОР

Минимален болничен престой за КП 19.1 - 2 дни

Минимален болничен престой за КП 19.2 – 2 дни

При лица под 18 години: минимален болничен престой – 2 дни

КП № 19.1 - КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
11712-00	<p>Кардиоваскуларен стрес тест Двустъпков тест на Master Многоканално ЕКГ мониториране и запис по време на упражнения или фармакологичен стрес Thallium стрес тест</p> <p><i>Включва:</i> непрекъснато мониториране на кръвно налягане измерване при упражнения с:</p> <ul style="list-style-type: none"> • колело • изкачване на стълбичка • тредмил <p>запис на други параметри ЕКГ при почивка</p>
Тестване на сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
	<p><i>Включва:</i> електрокардиография изпитване измерване на стимул:</p> <ul style="list-style-type: none"> • амплитуда • честота • широчина <p>препрограмиране телеметрия тестване на пулс-генератор или електрод</p> <p><i>Не включва:</i> изпълнено при начално поставяне или при пригаждане или подмяна – пропусни кода</p>
11721-03	<p>Тестване на атриовентрикуларен [AV] последователен, честотносвързан (на повикване) или антитахикарден сърдечен пейсмейкър</p> <p>Тестване на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DDD, DDI или DVI пейсмейкър • пейсмейкър с класификационна характеристика четвърта "R" (честотна модулация)
11718-00	<p>Тестване на друг сърдечен пейсмейкър</p> <p>Тестване на имплантирано сърдечно устройство БДУ</p>
Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]	
	<p><i>Включва:</i> интерпретация и доклад за записите анализ, базиран на микропроцесор</p> <p><i>Не включва:</i> такава с < 12 часа – пропусни кода</p>

11708-00	Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис
Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]	
	<p><i>Включва:</i> интерпретация и доклад за записите анализ, базиран на микропроцесор</p> <p><i>Не включва:</i> такава с < 12 часа – пропусни кода</p>
11709-00	Амбулаторен непрекъснат холтерелектрокардиографски запис
	<i>Включва:</i> с използване на система, способна на сравняване и пълно откриване на запис
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ]
	<i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания
Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
92057-00	Телеметрия
	Електрографичномониториране
	<i>Не включва:</i> тези при тестване на кардиодефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
	Поставяне на постоянен ендокардиален пейсмейкър
	<i>Включва:</i> чрез перкутанен достъп
38350-00	Поставяне на постоянен трансвенозен електрод в други сърдечни кухини за сърдечен пейсмейкър
	Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър БДУ
	<i>Включва:</i> такава в ляво предсърдие, дясно предсърдие или дясна камера
	<i>Кодирай също когато е направена:</i>
	• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])
	• поставяне на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен пейсмейкър (38368-00 [648])
	<i>Не включва:</i> тези с дефибрилаторни функции (38390-02 [648])
Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
90203-00	Корекция на трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър
	Възстановяване }
	Преместване }
	Ревизия }
	Стабилизиране } на трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър
	<i>Не включва:</i> такава:
	• на лява камера чрез торакотомия, стернотомия или субкисифоиден достъп (90203-02 [654])
	• с дефибрилаторна функция (90203-08 [654])
Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
38350-01	Подмяна на постоянен трансвенозен електрод в друга сърдечна кухина(и) на сърдечен

пейсмейкър

Подмяна на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър БДУ

Включва: такава на ляво предсърдие, дясно предсърдие или дясна камера

Кодирай също когато е направена:

- подмяна на сърдечен пейсмейкър (38353-01 [655])

Не включва: с дефибрилаторна функция (38350-03 [654])

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарденпейсмейкър

Не включва: 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

Ревизионни процедури на други места в сърцето

90219-00 Ревизия или преместване на кожен джоб за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Включва: отпрепариране

Не включва: такава с:

- възстановяване, преместване или проверка на генератор:
- дефибрилатор (90203-06 [656])
- пейсмейкър (90203-05 [655])
- преместване на генератор:
- дефибрилатор (90203-06 [656])
- пейсмейкър (90203-05 [655])

Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на постоянен ендокардиаленпейсмейкър

Включва: чрез перкутанен достъп

38350-00 Поставяне на постоянен трансвенозен електрод в други сърдечни кухини за сърдечен пейсмейкър

Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър БДУ

Включва: такава в ляво предсърдие, дясно предсърдие или дясна камера

Кодирай също когато е направена:

- поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])
- поставяне на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен пейсмейкър (38368-00 [648])

Не включва: тези с дефибрилаторни функции (38390-02 [648])

Поставяне на сърдечен пейсмейкър генератор

38353-00 Поставяне на сърдечен пейсмейкър генератор

Поставяне на:

- двукамерен пейсмейкър
- сърдечен:
 - пейсмейкър устройство
 - устройство за ресинхронизираща терапия [CRT]
- двойно }
• единично } кухиненпейсмейкър
- тройно }

Включва: сърдечни електрофизиологични изследвания [EPS]

изграждане на джоб (корем) (гърден) за имплантация на генератор
тестване на имплантиран сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направено:

- поставяне на постоянен електрод (38350-00, 38368-00 [648], 38470-00, 38473-00, 38654-00 [649])

Не включва: сърдечен:

- монитор на събития (бримковидно записващо устройство) (38285-00 [1604])
- ресинхронизационно устройство с възможност за дефибрилация CRTD (38393-00)

[653])
пейсмейкър, комбиниран с автоматичен имплантируем кардиовертер-дефибрилатор
(38393-00 [653])
подмяна на сърдечен пейсмейкър генератор (38353-01 [655])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен пейсмейкър генератор

38353-01 Подмяна на генератор на сърдечен пейсмейкър
Включва: проверка или преместване на кожен джоб
тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор
Кодирай също когато е направено:
• преместване на електрод (38350-01, 38368-01, 38456-23, 38456-24, 38654-01 [654])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен пейсмейкър генератор

38353-02 Премахване на сърдечен пейсмейкър генератор
Кодирай също когато е направено:
• изваждане на електрод (38350-02, 38358-00, 38358-01, 38368-02, 38456-26, 38456-27, 38654-02 [654])

90203-05 Корекция на сърдечен пейсмейкър генератор
Възстановяване }
Преместване } на кардиопейсмейкър генератор
Проверка }
Включва: проверка или преместване на кожен джоб
тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор
Не включва: само ревизия или преместване на кожен джоб (90219-00 [663])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен пейсмейкър генератор

38393-01 Подмяна на сърдечен дефибрилатор генератор
Включва: проверка или преместване на кожен джоб
тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор
Кодирай също когато е направена:
• преместване на:
• електрод (38350-03, 38368-03, 38456-30, 38456-31, 38654-04 [654])
• патч (38390-03 [654])

Изискване: Клинична пътека № 19.1 се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (с изкл. на 11721-03 и 11718-00, и една терапевтична процедура (с изключение на 38256-00 или 38256-01), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Диагностичните процедури 11700-00 и 92057-00 са задължителни за отчитане на КП.

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 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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната 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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Неразделна част от ИЗ на пациента става формуляр, принтиран от електронния регистър „BGraсе”, удостоверяващ извършената имплантация.

КП № 19.2 - кодове на основни процедури

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
11712-00	<p>Кардиоваскуларен стрес тест Двустъпков тест на Master Многоканално ЕКГ мониториране и запис по време на упражнения или фармакологичен стрес Thallium стрес тест</p> <p><i>Включва:</i> непрекъснато мониториране на кръвно налягане измерване при упражнения с:</p> <ul style="list-style-type: none"> • колело • изкачване на стълбичка • тредмил <p>запис на други параметри ЕКГ при почивка</p>
Тестване на сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
	<p><i>Включва:</i> електрокардиография изпитване измерване на стимул:</p> <ul style="list-style-type: none"> • амплитуда • честота • широчина <p>препрограмиране телеметрия тестване на пулс-генератор или електрод</p> <p><i>Не включва:</i> изпълнено при начално поставяне или при пригаждане или подмяна – пропусни кода</p>
11727-00	<p>Тестване на сърдечен дефибрилатор Тестване на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор [AICD]: • БДУ • с пейсмейкърна функция • кардио синхронизиращо устройство с дефибрилаторна функция <p><i>Не включва:</i> такава, изпълнени с електрофизиологично изследване (38213-00 [665])</p>
Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]	
	<p><i>Включва:</i> интерпретация и доклад за записите</p>

	анализ, базиран на микропроцесор <i>Не включва:</i> такава с < 12 часа – пропусни кода
11708-00	Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис
Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]	
	<i>Включва:</i> интерпретация и доклад за записите анализ, базиран на микропроцесор <i>Не включва:</i> такава с < 12 часа – пропусни кода
11709-00	Амбулаторен непрекъснат холтерелектрокардиографски запис <i>Включва:</i> с използване на система, способна на сравняване и пълно откриване на запис
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
	<i>Не включва:</i> амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854]) тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
92057-00	Телеметрия Електрографичномониториране <i>Не включва:</i> тези при тестване на кардиодефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Поставяне на сърдечен пейсмейкър генератор	
38353-00	Поставяне на сърдечен пейсмейкър генератор Поставяне на: • двукамерен пейсмейкър • сърдечен: • пейсмейкър устройство • устройство за ресинхронизираща терапия [CRT] • двойно } • единично } кухиненпейсмейкър • тройно } <i>Включва:</i> сърдечни електрофизиологични изследвания [EPS] изграждане на джоб (корем) (гръден) за имплантация на генератор тестване на имплантиран сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор <i>Кодирай също когато е направено:</i> • поставяне на постоянен електрод (38350-00, 38368-00 [648], 38470-00, 38473-00, 38654-00 [649]) <i>Не включва:</i> сърдечен: • монитор на събития (бримковидно записващо устройство) (38285-00 [1604]) • ресинхронизационно устройство с възможност за дефибрилация CRTD (38393-00 [653]) пейсмейкър, комбиниран с автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор (38393-00 [653]) подмяна на сърдечен пейсмейкър генератор (38353-01 [655])
Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор	
38393-00	Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор Имплантиране на автоматичен дефибрилатор Имплантиране на (автоматичен) сърдечен дефибрилатор с пейсмейкърна функция

Поставяне на: <ul style="list-style-type: none"> • автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор [AICD] [ICD] • кардиоресинхронизационно устройство с възможност за дефибрилация • двукамерно ICD • имплантируемкардиовертер • имплантируемкардиовертердефибрилатор (генератор) • еднокaмерен ICD Включва: изграждане на джоб (коремeн) (гръден) за имплантация на генератор интраоперативно измерване или тестване на дефибрилатор тестване на имплантиран сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор Кодирай също когато е направено: <ul style="list-style-type: none"> • имплантиране на: • патчове (38390-00 [649]) • постоянен електрод (38390-01, 38390-02 [648], 38470-01, 38473-01, 38654-03 [649]) Не включва: подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])	
Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
Поставяне на постоянен ендокaрдиялен пейсмейкър Включва: чрез перкутанен достъп	
38368-00	Поставяне на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен пейсмейкър Включва: поставяне през коронарен синус Кодирай също когато е направено: <ul style="list-style-type: none"> • поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650]) • поставяне на постоянен трансвенозен електрод в други сърдечни кухини за сърдечен пейсмейкър (38350-00 [648]) Не включва: такава с дефибрилаторни функции (38390-01 [648])
38390-01	Поставяне на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен дефибрилатор Включва: поставяне през коронарен синус Кодирай също когато е направено: <ul style="list-style-type: none"> • поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653]) • поставяне на постоянен трансвенозен електрод в други сърдечни кухини за сърдечен дефибрилатор (38390-02 [648])
Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен пейсмейкър генератор	
38353-01	Подмяна на генератор на сърдечен пейсмейкър Включва: проверка или преместване на кожен джоб тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор Кодирай също когато е направено: <ul style="list-style-type: none"> • преместване на електрод (38350-01, 38368-01, 38456-23, 38456-24, 38654-01 [654])
Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
90203-08	Корекция на трансвенозен електрод за сърдечен дефибрилатор Възстановяване } Преместване } Ревизия } Стабилизиране } на трансвенозен електрод за сърдечен дефибрилатор Не включва: на лява камера чрез торакотомия, стернотомия или субкисфоилен достъп (90203-09 [654])
90203-00	Корекция на трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър Възстановяване } Преместване } Ревизия } Стабилизиране } на трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър Не включва: такава: <ul style="list-style-type: none"> • на лява камера чрез торакотомия, стернотомия или субкисфоилен достъп (90203-02

[654])

- с дефибрилаторна функция (90203-08 [654])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38368-02 Премахване на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен пейсмейкър

Включва: с ръчно изтегляне

Кодирай също когато е направено:

- изваждане на кардиопейсмейкър (38353-02 [655])

Не включва: с дефибрилаторна функция (38368-04 [654])

38368-04 Премахване постоянен трансвенозен електрод в лява камера на сърдечен дефибрилатор

Включва: с ръчно изтегляне

Кодирай също когато е направена:

- изваждане на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (90203-07 [656])

Ревизионни процедури на други места в сърцето

90219-00 Ревизия или преместване на кожен джоб за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Включва: отпрепариране

Не включва: такава с:

- възстановяване, преместване или проверка на генератор:
- дефибрилатор (90203-06 [656])
- пейсмейкър (90203-05 [655])
- преместване на генератор:
- дефибрилатор (90203-06 [656])
- пейсмейкър (90203-05 [655])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен дефибрилатор генератор

90203-06 Корекция на генератор на сърдечен дефибрилатор

Възстановяване }

Преместване }

Проверка }

на кардиопейсмейкър генератор

Включва: проверка или преместване на кожен джоб

тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор

Не включва: само ревизия или релокация на кожен джоб (90219-00 [663])

90203-07 Премахване на сърдечен дефибрилатор генератор

Кодирай също когато е направена:

- изваждане на:
- електрод (38350-04, 38358-02, 38358-03, 38368-04, 38456-33, 38456-34, 38654-05 [654])
- пачове (38390-04 [654])

38353-02 Премахване на сърдечен пейсмейкър генератор

Кодирай също когато е направено:

- изваждане на електрод (38350-02, 38358-00, 38358-01, 38368-02, 38456-26, 38456-27, 38654-02 [654])

Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор

38393-00 Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор

Имплантиране на автоматичен дефибрилатор

Имплантиране на (автоматичен) сърдечен дефибрилатор с пейсмейкърна функция

Поставяне на:

- автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор [AICD] [ICD]
- кардиоресинхронизационно устройство с възможност за дефибрилация
- двукамерно ICD
- имплантируемкардиовертер
- имплантируемкардиовертердефибрилатор (генератор)
- еднокамерен ICD

Включва: изграждане на джоб (корем) (гръден) за имплантация на генератор
интраоперативно измерване или тестване на дефибрилатор
тестване на имплантиран сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направено:

- имплантиране на:
- патчове (38390-00 [649])
- постоянен електрод (38390-01, 38390-02 [648], 38470-01, 38473-01, 38654-03 [649])

Не включва: подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38390-02 Поставяне на постоянен трансвенозен електрод в друга сърдечна кухина за сърдечен дефибрилатор

Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен дефибрилатор БДУ

Включва: такава в ляво предсърдие, дясно предсърдие или дясна камера

Кодирай също когато е направено:

- поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653])
- поставяне на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен дефибрилатор (38390-01 [648])

Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор

38393-00 Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор

Имплантиране на автоматичен дефибрилатор

Имплантиране на (автоматичен) сърдечен дефибрилатор с пейсмейкърна функция

Поставяне на:

- автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор [AICD] [ICD]
- кардиоресинхронизационно устройство с възможност за дефибрилация
- двукамерен ICD
- имплантируемкардиовертер
- имплантируемкардиовертердефибрилатор (генератор)
- еднокамерен ICD

Включва: изграждане на джоб (корем) (гръден) за имплантация на генератор
интраоперативно измерване или тестване на дефибрилатор
тестване на имплантиран сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направено:

- имплантиране на:
- патчове (38390-00 [649])
- постоянен електрод (38390-01, 38390-02 [648], 38470-01, 38473-01, 38654-03 [649])

Не включва: подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38350-03 Подмяна на постоянен трансвенозен електрод от сърдечните камери на сърдечен дефибрилатор

Подмяна на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен дефибрилатор БДУ

Включва: такава на ляво предсърдие, дясно предсърдие или дясна камера

Кодирай също когато е направена:

- подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен дефибрилатор генератор

38393-01 Подмяна на сърдечен дефибрилатор генератор

Включва: проверка или преместване на кожен джоб

тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направена:

- преместване на:
- електрод (38350-03, 38368-03, 38456-30, 38456-31, 38654-04 [654])
- патч (38390-03 [654])

Изискване: Клинична пътека № 19.2 се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (с изкл. на 11727-00) и една терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Диагностичните процедури 11700-00 и 92057-00 са задължителни за отчитане на КП.

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.

Неразделна част от ИЗ на пациента става формуляр, принтиран от електронния регистър „BGraсе”, удостоверяващ извършената имплантация.

Когато в хода на лечението на ЗЗОЛ по друга клинична пътека в рамките на лечебното заведение се наложи поставяне на постоянна пейсмейкърна система, НЗОК ще заплаща една клинична пътека (отчетената от лечебното заведение) и използваното при лечението на пациента медицинско изделие, в случаите, когато стойността му се поема от НЗОК.

Клиничната пътека се отчита, като в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) задължително се отразява и код на процедура за поставяне на постоянен пейсмейкър от КП № 19.1 или 19.2 и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Звено по електрокардиостимулация към: Клиника/отделение по кардиология/инвазивна кардиология или Клиника/отделение по кардиохирургия или Клиника/отделение по детска кардиология с детска кардиохирургия
2. Ангиографска (процедурна) зала с ангиографски апарат или рентгенов апарат с "С" рамо, тип ангиограф, отговаряща на изискванията за работа в среда с йонизиращо лъчение, с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение)
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение или Детска реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазаеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография - с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, ЕКГ - холтермониторирание)
7. Кабинет (диспансерен) за контрол на пациенти, носители на кардиостимулатори

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия - когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

За КП № 19.1

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за звеното по електрокардиостимулация към клиника/отделение по кардиология или кардиохирургия – поне един лекар със специалност кардиология/ревмокардиология или кардиохирургия, с удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за базово ниво (категория А I и II ниво от стандарта) за извършване на високоспециализирана дейност “Кардиостимулация”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- 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/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Блок. 2 Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за звеното по електрокардиостимулация към клиника/отделение по кардиология/детска кардиология/кардиохирургия - поне един лекар със специалност кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология или кардиохирургия, с удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за експертно ниво (категория Б от стандарта) за извършване на високоспециализирана дейност “Кардиостимулация”, удостоверена със съответно свидетелство;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За КП № 19.2

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за звеното по електрокардиостимулация към клиника/отделение по кардиология или кардиохирургия – поне един лекар със специалност кардиология/ревмокардиология или кардиохирургия, трябва да притежава удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за експертно ниво (категория Б от стандарта) за извършване на високоспециализирана дейност “Кардиостимулация”, удостоверена със съответно свидетелство или сертификат от Европейската асоциация по аритмии за успешно положен изпит за извършване на кардиостимулация;

- 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/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Блок. 2 Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за звеното по електрокардиостимулация към клиника/отделение по кардиология/детска кардиология/кардиохирургия - поне един лекар със специалност кардиология /ревмокардиология/детска кардиология/ детска ревмокардиология или кардиохирургия, с удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация **за експертно ниво (категория Б от стандарта)** за извършване на високоспециализирана дейност “Кардиостимулация”, удостоверена със съответно свидетелство или удостоверение за допълнителна професионална квалификация за извършване на кардиостимулация и минимум 50 извършени процедури по кардиостимулация годишно и сертификат за организирано от фирмата производител обучение за работа по влагане на определени медицински изделия;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

При имплантация на кардиостимулатор на лица под 18 години електродите да бъдат с активна фиксация.

Всички извършени интервенции за имплантиране на кардиостимулатори и/или компонентите им задължително се регистрират в Националния регистър на сдружението по електрокардиостимулация, съгласно изискванията на Европейската асоциация по ритъмни нарушения.

За поставяне на еднокухиннипредсърдни/камерни стимулатори на пациенти над 18-годишна възраст се изисква специалист със сертификат за **базово ниво (категория А I и II ниво)**. **Лекар** със сертификат **за базово ниво** може да отчита процедури: 38350-00; 38256-00 и 38256-01; 90219-00; 38353-00; 38353-01.

За поставяне на сложни системи (високотехнологични кардиостимулатори тип кардиовертер-дефибрилатори (едно-, дву- и мултикухинни) и ресинхронизиращи апарати), както и за поставяне на всички видове кардиостимулатори при лица под 18-годишна възраст, се изисква мултисайт – специалист, със сертификат за **експертно ниво (категория Б)**. **Лекар** със сертификат **за експертно ниво** може да отчита процедури с код: 38353-00; 38393-00; 38368-00 и 38390-01; 38353-01; 90203-08 и 90203-00; 38350-02 и 38368-02 и 38368-04; 90219-00; 90203-06 и 90203-07 и 38353-02; 38390-02; 38393-01.

Лекар със сертификат **за експертно ниво** може да отчита всички процедури от КП № 19.1 и 19.2.

С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки с клиника/отделение по кардиохирургия, съдова или гръдна, 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**.

Звеното по електрокардиостимулация трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Спешно имплантиране на постоянен електрокардиостимулатор (антибрадикарден пейсмейкър/ресинхронизираща система за стимулация/автоматичен кардиовертер дефибрилатор) при:

- симптомни болни с документиран синдром на Морган - Адамс - Стокс (MAC) и ритъмно-проводни нарушения;
- сърдечен арест - документиран;
- деца до 1-год. възраст със сърдечна недостатъчност, на база хронотропна дисфункция при ритъмно-проводна патология;
- дисфункция на стимулиращата система с документиран MAC;
- пациенти с ниска сърдечна честота, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни, са индицирани за временна кардиостимулация;
- пациенти на временна стимулация, с индикации за постоянна такава;
- дисфункция на стимулиращата система с прояви на сърдечна недостатъчност при пациенти с имплантирана ресинхронизираща система;
- дисфункция на стимулиращата система при пациенти с имплантиран кардиовертер дефибрилатор;
- неприемливи шокове, кардиак арест и/или електрическа буря при пациенти с имплантиран кардиовертер дефибрилатор.

2. Планирано имплантиране на постоянен електрокардиостимулатор (антибрадикарден пейсмейкър/ресинхронизираща система за стимулация/автоматичен кардиовертер дефибрилатор) при:

- пълнен AV блок с камерна честота под 40 уд./мин без MAC синдром;
- синкопи на базата на кардиодепресивен синдром;
- SSS-тахибради синдром без MAC синдром;
- състояния след сърдечни операции, налагащи пейсиране в ранния следоперативен период (2 седмици);
- състояния след радиофреквентна аблация, индицирани за постоянна електрокардиостимулация;
- болни със сърдечна недостатъчност, рефрактерна на медикаментозно лечение;
- вроден AV блок с широк QRS комплекс.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием, и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Постпроцедурно наблюдение в рамките на болничния престой и профилактика на усложненията след извършената имплантация.

Електрокардиографски контрол и при необходимост препрограмиране на някои от основните параметри на стимулатора.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРОТОКОЛ

ЗА ИМПЛАНТИРАНЕ НА ПОСТОЯНЕН КАРДИОСТИМУЛАТОР

Имплантационна техника - кожният разрез се извършва на 3 – 5 см в сулкусделтопекторалис (сулкусбрахеоцефаликус). Достига се вена цефалика и се отпрепарира, като се лигира в дисталната ѝ част. Въвежда се електрода през вената до дясно предсърдие, респективно дясна камера. Въвеждането и фиксирането стават под рентгенов контрол. При липса на вена цефалика или невъзможност за проникване през нея, се въвежда електрода в сърцето чрез пункция на съответната в.субклавия. При пункцията на в.субклавия са възможни усложнения като пневмоторакс, хемопневмоторакс, хематом. След фиксиране на електрода в съответната сърдечна кухина, се пристъпва към измерване на параметрите на мястото посредством PSA апарат и стерилен пациентен кабел към него. Проследяват се: праг на възбудимост във волтове (V) - между 0,4-1 V, сензинг (амплитуда на сигнала в съответната кухина) в mV, импеданс (съпротивление) на стимулиращия електрод-между 400-800 ома. Измерванията се правят при стандартно зададена пулсова ширина от 0,5 msec. Следва фиксиране на позиционирания електрод към вената с копринен конец с оглед избягване на дислокация. Оформя се подкожен джоб (ложе) на стимулатора, по продължение на фасцията на м.пекторалис майор.

Съединява се електрода и кардиостимулатора и се имплантира в подготвения джоб така, че електродът да лежи спираловидно навит, между фасцията на м.пекторалис и РМ.

Следва послойно зашиване и стерилна превръзка. Програмиране на стимулатора съобразно изискванията на пациента и преценката на опериращия кардиолог.

Постпроцедурно се прилага широкоспектърен антибиотик за 5 дни.

При необходимост се извършва ехокардиография, рентгенография, рентгеноскопия.

Преди дехоспитализацията се извършва ЕКГ и превръзка на оперативната рана, и при необходимост препрограмиране на някои от основните параметри на стимулатора. На пациента се дават инструкции за режим, медикаментозна терапия, насрочва се следващ контролен преглед.

Всеки пациент получава паспорт - идентификационната карта на стимулатора валиден в целия свят, който е и основен отчетен и гаранционен документ съдържащ всички данни на пациента, стимулатора и лекуващия му лекар. Следва приложение на Европейската карта на носител на Кардиостимулатор.

Пациентът трябва да бъде проконтролиран на 12-ия следоперативен ден (снемане на оперативния шев, оценка на локалния следоперативен статус). Стимулиращата система се оценява на 1 и 3 месец след процедурата. Пациентите, носители на кардиостимулатори подлежат до края на живота си на контролни регулярни прегледи през 6 мес. в специализиран диспансерен кабинет за контрол на носители на кардиостимулатори(съгл. I, 1, т.4).

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничните данни, лабораторните и инструментални изследвания.

При МАС - синдром с неясна причина или на базата на регистрирана с ЕКГ/ЕКГ-холтер камерна тахикардия или преживян сърдечен арест, задължително преди поставяне на електрокардиостимулатор, за случаите на сложни и специални стимулатори като DDD и ICD се извършва ЕФИ (електрофизиологично изследване).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се дехоспитализира, когато в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведената постоянна електрокардиостимулация е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- овладяване и липса на ритъмни и проводни нарушения;
- сигурна електрокардиостимулация;
- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели (пулс, артериално налягане);
- компенсиране на сърдечната недостатъчност;
- без кървене или други усложнения от оперативната рана, налагащи болнично лечение.

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

Протоколът от извършената постоянна кардиостимулация се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология или кардиохирургия, притежаващ свидетелство за допълнителна професионална квалификация с призната правоспособност за извършване на високоспециализирана дейност "Кардиостимулация", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат два контролни прегледа на 12 ден и на третия месец след дехоспитализация.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: □□□/мин

АН: □□□/□□□

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”;

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата в отговор на постоянната и/или временна кардиостимулация, когато се налага:

- ЕВРОПЕЙСКА РЕГИСТРАЦИОННА КАРТА НА НОСИТЕЛ НА КАРДИОСТИМУЛАТОР в 3 екземпляра – пациент, НЗОК, фирма производител;

- ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/ КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА;

- ФОРМУЛЯР, ИЗПРИНТЕН ОТ ЕЛЕКТРОННИЯ РЕГИСТЪР „BGRACE”, УДОСТОВЕРЯВАЩ ИЗВЪРШЕНАТА ИМПЛАНТАЦИЯ.

European Pacemaker Patient Identification Card

Identification No.

Name

Address

City Postcode

Country

Tel.-No.

Date of Birth Year Month Day M ☐ F ☐

Date of 1st implantation

Year Month Day

Symptom primary | | | |¹ ECG | | | |² Aetiology | | | |³

Symptom secondary _____¹ ECG _____² Aetiology _____³

Doctor / Department

Hospital

Address

City Postcode

Country

Tel.-No.

3. IPG Basic rate _____ min⁻¹ MODE _____

Date of implantation _____ Year ____ Month ____ Day

	Year	Month	Day
MEG			

Type	Serial-No
------	-----------

Atrial lead

[illegible]MFG NBG leadcode ☐ ☐ ☐

Type _____ Serial-No. _____

Ventricular lead

Date of implantation

MFG NBG leadcode ☐ ☐ ☐

Type Serial-No.

GENERAL PRACTITIONER:

Name

Address

..... Tel.

CARDIOLOGIST: _____

Name

Address

..... Tel.

'The data on this card may be held on a computer by implanting centre and the National Pacing and Electrophysiology Society and be used anonymously for device surveillance and medical research'

WARNING: PLEASE PHONE PACEMAKER CENTRE PRIOR TO USING ELECTROSURGERY, NMR OR IONISING RADIATIONS

[illegible]

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА
ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА
ПРОЦЕДУРА

Клинична пътека	№. <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Амбулаторна процедура	№. <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Клинична процедура	№. <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Диагноза: МКБ10 <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> . <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> . <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
дата на приемане: <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	ИЗ: <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<div>ден</div> <div>месец</div> <div>година</div>	<div>номер</div> <div>година</div>
дата на операцията: <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
<div>ден</div> <div>месец</div> <div>година</div>	Пациент: <div style="text-align: right;">(подпис)</div>

КОД НЗОК	Код проце- дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
Обща стойност:							

Дата на изписване:
 ден месец година

Директор на лечебното заведение: Лекар, вложил МИ:

подпис и печат на лечебното заведение

фамилия, подпис

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**КАРДИОСТИМУЛАЦИЯ**

Имплантацията на постоянен кардиостимулатор (пейсмейкър) се извършва във високоспециализирани болнични заведения. Пейсмейкърът е малко електронно устройство, което се поставя във Вашето тяло, за да подпомага сърцето Ви да поддържа стабилен ритъм. Това устройство Ви е нужно, когато естественият водач на ритъма не работи нормално.

Да имате пейсмейкър означава да предприемете някои предпазни мерки. При правилни грижи може да живеете здравословен и активен живот, дори да откриете, че сте способен да се върнете към дейности, които не сте можели да извършвате от известно време.

Как работи Вашето сърце?

Сърцето е силен мускул, който никога не спира да работи. Ако поставите ръка върху гърдния си кош, ще почувствате неговия стабилен ритъм. Вашето сърце има своя собствена електрическа проводна система. Сигналите от тази система съобщават на сърцето Ви кога да се съкращава. С всяко съкращение кръвта се изпомпва към всички части на тялото.

Сърцето има четири отделни сърдечни кухни. Горните кухни (предсърдия) събират кръв, която се връща към сърцето след като е отдала хранителни вещества на организма. При съкращенията на сърцето горните кухни се свиват и изпомпват кръв към долните кухни (камери). Долните кухни също се съкращават и изпомпват кръв от сърцето към останалите части на тялото.

Какво се нарушава?

Докато сигналите се разпространяват свободно и се произвеждат в подходящо време, сърцето се съкращава със стабилен и равномерен ритъм. Понякога възникват проблеми с електрическата система на сърцето, които могат да доведат до нарушение на нормалния ритъм на сърцето. Някои по-често срещани проблеми:

- собственият пейсмейкър изпраща по-малко от обичайното количество сигнали, това предизвиква паузи в сърдечния ритъм;
- собственият пейсмейкър изпраща сигнали, които предизвикват сърцето да редува твърде бърз с твърде бавен ритъм;
- сигналите от собствения пейсмейкър не достигат до долните кухни, това предизвиква паузи в сърдечния ритъм.

Възможни оплаквания:

- вашето сърце бие твърде бавно – брадикардия;
- сърдечният Ви ритъм е неправилен – аритмия;
- проводната система, която провежда сигналите през сърцето е блокирна – блок;
- може да почувствате: световъртеж, задух, чувство на умора или отпадналост, загуба на съзнание или замъглено зрение, както при извършване на физическа работа, така и в покой.

Какво представлява пейсмейкърът?

Пейсмейкърът се състои от две основни части: пулсов генератор (съдържащ компютър и батерия) и електроди.

Генераторът е с размери на пейджър. Той съдържа малък компютър и батерии. Генераторът е свързан с електроди. Електрическите сигнали от генератора се провеждат по електродите до сърцето. Електродите са меки, гъвкави жички, които са покрити със специално защитно вещество. Те се огъват лесно и могат да бъдат поставени в подходящо положение в сърцето. Електродите не увреждат сърцето и не нарушават кръвотока през него. Пейсмейкърът може да има един, два или повече електрода.

Видове пейсмейкъри:

- Еднокухинният пейсмейкър има един електрод. Електродът се разполага в горната или долната сърдечна кухина (предсърдие или камера). Той се поставя там, където има проблем в електрическата система на Вашето сърце.

- Двукухинният пейсмейкър има два електрода. Единият се разполага в горната дясна сърдечна кухина (дясно предсърдие), а другият - в долната дясна сърдечна кухина (дясна камера). Това се налага тогава, когато е необходима координация на сигнала от горната кухина (предсърдие) със съкращаването на долната кухина (камера).

- Специални пейсмейкъри :

Имплантируем кардиовертер дефибрилатор (ICD): това е високоспециализирано електронно устройство, което постоянно следи Вашия сърдечен ритъм. Ако регистрира опасно бърз сърдечен ритъм, то изпраща един или повече импулси или шокови вълни към сърцето и води до получаване на по-нормален ритъм. Поставянето (имплантирането) на ICD се препоръчва при пациенти с епизоди на сърдечен арест (внезапно спиране на сърцето) или проблеми, свързани с прекалено бърз сърдечен ритъм. И двете състояния са високорискови и могат да доведат до внезапна сърдечна смърт. Поставянето на ICD може да Ви спаси живота, чрез бързо осъществяване на контрол върху тези опасни нарушения на сърдечния ритъм.

Поставяне (имплантиране) на пейсмейкър

Поставянето на пейсмейкър в тялото се нарича имплантация. Персоналът на специализираното заведение ще Ви помогне да се подготвите за имплантацията на пейсмейкъра. Ще Ви препоръча да не се храните и да не пиете течности в продължение на няколко часа преди процедурата. Кожата, където ще бъде имплантиран пейсмейкърът, трябва да бъде обръсната и измита със специален сапун, който ви предпазва от инфекция.

По време на имплантацията на пейсмейкъра ще бъдете в съзнание с изключение на случаите, налагащи пълна упойка и деца под 16 год. Могат да Ви дадат лекарства, които да Ви помогнат да се отпуснете, след което ще Ви направят местна упойка, така че няма да почувствате никаква болка.

Методи на имплантация:

- Епикардиална имплантация - при нея се прави отвор в долната част на гръдния кош и се открива сърцето. Електродът се прикрепва към външната страна на сърцето. Генераторът се съединява с електрода. След това той се поставя под кожата в коремната област.

- Ендокардиална имплантация – прави се разрез в горната част на гръдния кош, в сулкус брахиоцефаликус. След това се оформя джоб под кожата или мускулите, където ще бъде поставен пейсмейкърът. Вената, която се разполага точно под разреза, се отваря (с венесекция). Електродът се поставя във вената и се насочва (по нея) към сърцето. Вашият лекар наблюдава движението на електрода във вената върху екран. Генераторът се съединява с електрода или електродите. След това пейсмейкърът се поставя вътре в джоба, оформен под кожата. Следва послойно зашиване на кожата.

Вероятни рискове:

Усложненията, в резултат на имплантацията на пейсмейкър, са редки. Както при всяка друга медицинска процедура и тук съществуват рискове. Малка част от хората получават тежък кръвоизлив или кръвонасядане, или развиват инфекция около мястото на разреза. Може да се получи разкъсване на вена или артерия, или да се оформи кръвен тромб във вената. Също така е възможно пунктиране на белия дроб по време на процедурата (пневмоторакс) и пробив на камера или предсърдие с тампонада на сърцето, както и тежка ритъмна патология. Вашият лекар ще ви обясни рисковете и какви мерки трябва да бъдат предприети, ако се случи нещо. Ще се наложи да подпишете формуляр за съгласие, който позволява на лекаря Ви да извърши процедурата.

След процедурата

Сърцето Ви ще се следи непрекъснато, за да се докаже, че пейсмейкърът работи добре. Разрезът ще се проверява за кръвене или признаци на инфекция.

Уведомете Вашия лекар или сестра при появата на следното:

- кръвене в мястото на разреза;
- световъртеж;
- дискомфорт в областта на гръдния кош.

Трябва незабавно да се обадите на Вашия лекар, ако почувствате някои от възможните признаци на инфекция:

- повишена температура;
- подуване или зачервяване на мястото на разреза;
- изтичане на секрет от раната;
- много силно затопляне на кожата около разреза;

Контролни прегледи при лекаря

Трябва да посещавате своя лекар за проверка на разреза една до две седмици след поставяне на пейсмейкъра. Може да бъде направена електрокардиограма (ЕКГ) или пък други изследвания. Пейсмейкърът е програмиран, така че да отговаря на специфичните Ви нужди, които могат да се променят с течение на времето. Ако това стане, Вашият лекар може да препрограмира пейсмейкъра по време на рутинен контролен преглед.

Къпане

Вашият лекар ще настоява да пазите разреза сух за една или две седмици след операцията. Трябва да пазите раната суха. Не използвайте мазила, лосиони, парфюми или тоалетни води за кожата около разреза, докато той не зарасне.

Възвръщане към нормален живот

Докато се възстановявате, постепенно ще имате възможност да се върнете към Вашата обичайна дейност, включително шофиране, работа и полов живот. Следвайте инструкциите на лекаря си кога да започнете осъществяването на тези дейности.

Идентификация

Фирмата-производител на Вашия пейсмейкър ще Ви предостави идентификационна карта (паспорт на стимулатора), която съдържа информация за устройството. Носете тази карта със себе си. Показвайте я на всяко медицинско лице, с което се срещате във връзка с Вашето лечение, вкл. и на зъболекаря си. Въпреки, че това не се случва често, понякога е възможно пейсмейкърът Ви да включи алармена инсталация на охранително оборудване в някои големи супермаркети, библиотеки или летища. Ако това се случи, просто покажете своята идентификационна карта на персонала. Охранителното оборудване няма да повреди Вашия пейсмейкър или да промени начина му на работа.

Смяна на батериите

Енергията на батерията на пейсмейкъра трябва да се проверява на всеки шест месеца. Батерията е залепена за самия пулсов генератор. За да смените батерията, трябва да смените генератора. Необходима е хирургична интервенция за смяната на генератора. Електродите също трябва да се проверяват и да се сменят, ако е необходимо. Електродът не се подменя, а се имплантира нов.

Колко дълго ще издържи Вашият пейсмейкър?

Вашият пейсмейкър е проектиран да Ви служи години наред. Колко ще издържи, зависи от модела на пейсмейкъра, който притежавате, и колко интензивно работи.

Електронни устройства

Вашият пейсмейкър има вградена опция за безопасност, която го защитава от други електрически уреди. Повечето уреди, с които влизате в контакт, няма да повлияят на Вашия пейсмейкър.

Може да използвате или да се приближавате много близко до следните уреди:

- компютърно оборудване;
- електрическа печка;
- градинско оборудване;
- кухненски уреди;
- микровълнова печка;
- уреди с електродвигатели;
- радиоапарати;
- стереооборудване;
- телевизори;
- перални и сушилни машини.

Не задържайте тези уреди върху мястото, където е поставен Вашия пейсмейкър:

- клетъчни телефони;
- електрически самообръсначки;
- сешоари;
- електрически маши или четки;
- електрически четки за зъби.

Фактори, които могат да повлияят функцията на Вашия пейсмейкър

Пейсмейкърът може да бъде повлиян от магнитни и електромагнитни сигнали, идващи от силни магнити като тези, използвани при диагностично изследване, наречено ядрено-магнитен резонанс, както и литотрипсия.

Работата на Вашия пейсмейкър може да бъде нарушена и от процедура, наречена електрокаутеризация. Тази процедура понякога се прави по време на хирургически операции за спиране на кървене. Ако ви предстои хирургично лечение, трябва да информирате лекаря и персонала на болницата, че имате имплантиран пейсмейкър.

КП № 20 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 20.1 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Сърдечна катетеризация	
<i>Включва:</i>	измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт
<i>Не включва:</i>	при коронарна ангиография (38218 [668])
38200-00	Дясна сърдечна катетеризация
38203-00	Лява сърдечна катетеризация
667 Сърдечна катетеризация	
∇0933	
<i>Включва:</i>	измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт
<i>Не включва:</i>	при коронарна ангиография (38218 [668])
38207-00	Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
59903-03	Аортография
<i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])	
Артериография	
59970-03	Периферна артериография
59970-04	Друга артериография
<i>Не включва:</i> такава с магнитен резонанс (90902 [1991])	

- такава на:
- аорта (59903-03 [1990])
 - мозъчен съд (59970-02 [1990])
 - коронарна артерия (38218 [668])
 - периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:

- пулмонална клапа
- десни:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:

- аортна клапа
- леви:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:

- аортография (59903-03 [1990])
- вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

38215-00 Коронарна ангиография

38215-00 Коронарна ангиография

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

55131-00 Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

<i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода	
1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
1924	Биохимична изследвания
91910-28	Креатинкиназа (КК)
1934	Други лабораторни изследвания
91911-01	Изследване на MB фракция на креатинкиназа
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Транслуменна балонна ангиопластика	
<i>Не включва:</i> периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])	
35309-06	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент <i>Не включва:</i> такава при каротидна артерия (35307-00 [754])
35309-07	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове <i>Не включва:</i> такава при каротидна артерия (35307-01 [754])
35307-00	Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент <i>Включва:</i> използване на устройство за емболна протекция
35307-01	Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове <i>Включва:</i> използване на устройство за емболна протекция
Възстановяване на аортна клапа	
<i>Не включва:</i> такава с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])	
38270-01	Перкутанна балонна аортна валвулопластика <i>Включва:</i> сърдечна катетеризация <i>Кодирай също когато е направен:</i> • клапа анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа	
38270-03	Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика <i>Включва:</i> сърдечна катетеризация
Възстановяване на митрална клапа	
38270-02	Перкутанна балонна митрална валвулопластика <i>Включва:</i> сърдечна катетеризация

Кодирай също когато е направена:

- клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

- 38300-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на 1 коронарна артерия
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия

Ексцизни процедури на коронарни артерии

Кодирай също когато е направена:

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

- 38309-00 Перкутанна транслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия
Включва: балонна ангиопластика

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

- 38300-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на 1 коронарна артерия
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия

Ексцизни процедури на коронарни артерии

Кодирай също когато е направена:

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

- 38309-00 Перкутанна транслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия
Включва: балонна ангиопластика

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

- 35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

- 38303-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на ≥ 2 коронарни артерии
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на ≥ 2 коронарни артерии

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

- 35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуминална коронарна ангиопластика със стентирание	
	<p>Транслуменна балонна ангиопластика</p> <p><i>Включва:</i> балонна дилатация на артерия със стент(ове) излъчващ медикамент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668]) <p><i>Не включва:</i> с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])</p>
38306-00	Перкутанно поставяне на 1 транслуменен стент в една коронарна артерия Перкутанно имплантиране на 1 стент в една коронарна артерия
38306-01	Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменни стента в една коронарна артерия Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в една коронарна артерия
38306-02	Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменни стента в множество коронарни артерии Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в няколко коронарни артерии
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта	
38362-00	Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа
Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
	<p>Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър</p> <p><i>Не включва:</i> изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода</p>
38256-00	Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие
38256-01	Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера
Транслуменна балонна ангиопластика	
	<p><i>Не включва:</i> периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):</p> <ul style="list-style-type: none"> • с атеректомия (виж блок [669])
35303-06	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
Корекция	} стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия	} чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
720	Други процедури на артерия
32737-00	Ренална симпатикусова денервация Катетър базирана ренална денервация
777	Други процедури на артерии и вени
30059-01	Тромбфрагментация и аспирация с аспирационен катетър
Ексцизия на артериовенозна фистула на шия	
	<p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])
34115-00	Ексцизия или лигиране на обикновена артериовенозна фистула на шия
34115-01	Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на шия
Възстановяване артериовенозна фистула на шията	
	<p><i>Кодирай също когато е направено:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])
34124-00	Възстановяване на обикновена артериовенозна фистула на шия с възстановяване на

34124-01	целостта Възстановяване на сложна артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта
Транслуменна балонна ангиопластика	
	<i>Не включва:</i> периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])
35309-06	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент <i>Не включва:</i> такава при каротидна артерия (35307-00 [754])
35309-07	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове <i>Не включва:</i> такава при каротидна артерия (35307-01 [754])
35307-00	Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент <i>Включва:</i> използване на устройство за емболна протекция
35307-01	Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове <i>Включва:</i> използване на устройство за емболна протекция
Приложение на фармакотерапия	
96199-01	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент <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])
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])
96199-10	Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор <i>Виж допълнителни знаци</i> 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 три основни диагностични (минимум една задължително интервенционална с катетеризация) и две основни терапевтични процедури, от които **едната е задължително интервенционална** от посочените в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, изписано „Включва следните медико-диагностични изследвания: ПКК, хемостезеологичен статус - aPTT, MB фракция.

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.

НЗОК заплаща за един ЗОЛ, в рамките на една календарна година, не повече от четири стента от подгрупа 4.1 „Коронарен стент“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, като стойността на стентовете е отделно от цената на пътеката. За некоронарни съдови сектори - от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“ при необходимост и по преценка, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща до четири протезни материала едноактно и не повече от осем годишно, в рамките на една календарна година.

Да се прецизира приложението на медицински изделия от подгрупите 4.1.3 и 4.1.4. само за пациенти, при които това е медицински обосновано, като се спазват индикациите за имплантирането им, както следва:

Индикациите за имплантиране на „бифуркационен“ стент от подгрупа 4.1.3 „Бифуркационни стентове“ са:

1) Стеснение на коронарна артерия, включващо изхода на голям клон с калибър над 2 мм, кръвоснабдяващ голяма зона на витален миокард.

2) Необходимо е да се документира в протокола диаметъра на страничния клон, който налага използване на бифуркационен стент и задължително да се изисква заснемане на 2 коронарни интервенционални водача поставени през бифуркационната лезия във филма на пациента.

Индикациите за имплантиране на коронарен стент без полимер при пациенти с висок риск на кървене от подгрупата 4.1.4 „Стентове без полимер за пациенти с висок риск на кървене; конусовиден, наличен втори слой, блокиращ дисталната миграция на плака и тромб; резорбируеми“ са:

Използване на комбинация с антикоагулант след ПКИ (перкутанна коронарна интервенция).

Възраст ≥ 75 години.

Изходен хемоглобин $< 110\text{g/l}$ или документирана хемотрансфузия, в предходния на ПКИ месец.

Всеки документиран предшестваш хеморагичен инсулт.

Хоспитализация за остро кървене, в предходната ПКИ година.

Текуща химиотерапия.

Хронична бъбречна недостатъчност ($\text{eGFR} < 40\text{ml/min}$).

Тромбоцитопения ($\text{PLT} < 100\,000/\text{mm}^3$).

Тежка чернодробна болест дефинирана, като варици на хранопровода 2-3 ст., асцит, енцефалопатия или повишен билирубин.

За пациент с висок риск от кървене се приема такъв с наличие на поне 1 критерий.

В рамките на 30 дни от дехоспитализацията по предходната КП, в едно и също ЛЗБП, на едно ЗЗОЛ, когато се отчитат КП № 17.1 и КП № 20.1, НЗОК заплаща само КП № 20.1, при условие, че са спазени изискванията за завършена КП.

НЗОК заплаща за до 100 случая в рамките на една календарна година медицинското изделие от подгрупа 4.5 „Сет за ротаблация, включващ катетър за ротаблация, 1 бр. устройство за придвижване на катетър, 1бр. водач за ротаблация“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП № 20.1. ЛЗБП, които прилагат посоченото медицинско изделие е необходимо да разполагат на територията си с клиника/отделение по кардиохирургия.

При код (38256-00 и 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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната 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.**

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

При установяване на триклонова болест със SYNTAX скор над 32, с оглед преценка на възможностите за лечение (интервенционално или оперативно) да се извърши задължителна консултация с кардиохирург в рамките на болничния престой или непосредствено след дехоспитализацията.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, решението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

I. 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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", в обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по съдова хирургия – за ЛЗ, които ще отчитат процедури с кодове: 59970-02; 59970-03; 59970-04; 35309-06; 35309-07; 35307-00; 35307-01; 35303-06; 34115-00; 34115-01
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол или ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) за съдова хирургия), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика – рентгенов апарат
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1,2,3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност,
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство.

или

в клиника/отделение по инвазивна кардиология – двама кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство;

или

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;

- за клиника/отделение по съдова хирургия - в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет - за кодове: 59970-02; 59970-03; 59970-04; 35309-06; 35309-07; 35307-00; 35307-01; 35303-06; 34115-00; 34115-01/.

- един лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

катетър за интракоронарен ултразвук	НЗОК не заплаща посоченото изделие
водач за FFR	НЗОК не заплаща посоченото изделие

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- За клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**.

Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия/ съдова хирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Диагностика и интервенционално лечение на пациенти с:

- клинични и параклинични данни за настъпващ белодробен оток/кардиогенен шок, вследствие миокардна исхемия (за коронарна интервенция);
- клинични и параклинични данни за кардиална форма на белодробен тромбемболизъм;
- ятрогенна лезия на коронарен съд (за имплантиране на стент);
- остра сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);
- сърдечна недостатъчност (остра или изострена) при заболявания на сърдечните клапи и миокарда;
- клинични и инструментални данни за сърдечна тампонада;
- болни с ОМИ, насочени от друго лечебно заведение в първите 24 часа от хоспитализацията, с проведена фибринолиза за спешна интервенционална лечебна процедура;
- клинични, параклинични и ангиографски данни за хронична исхемична болест на сърцето с доказана ангиографски сигнификантна стеноза(и);
- клинични и инструментални данни за високорискова тиха миокардна исхемия;
- остра артериална и венозна недостатъчност на периферни и висцерални артериални и венозни съдове.

Б. Диагностика и интервенционално лечение на пациенти:

- хронична артериална недостатъчност на висцерални и мозъчни артерии и артерии на горни и долни крайници;
- вродени сърдечни малформации;
- сърдечни клапни заболявания;
- заболявания на венозната система;
- кардиомиопатии;
- резистентна артериална и белодробна хипертония.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Интервенционалното лечение на сърдечно - съдовите заболявания включва балонна ангиопластика, имплантиране на интракоронарен стент, перикардна пункция, въвеждане на балон за аортна контрапулсация, радиофреквентна аблация.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика (PTCA), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен коронарен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач в коронарния съд се въвежда балонен катетър, който се позиционира на мястото на стеснението. След това балонът се раздува, при което се притиска атеросклеротичната плака и се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на коронарните артерии се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

След балонна ангиопластика около 1/3 до 1/2 от пациентите могат да получат повторно стеснение на същото място за период до 6 месеца след процедурата - рестеноза. За намаляване на риска от рестеноза, непосредствено след балонната ангиопластика на мястото на разширения сегмент на артерията най-често се имплантира **интракоронарен стент**. Той се въвежда върху балонен катетър и се притиска плътно към стената на артерията чрез раздуване на този балон. Процедурата се извършва под рентгенов контрол.

Балонна ангиопластика при клапна митрална , пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на срастването на платната на стенотичната клапа.

Перикардната пункция се извършва при наличие на голям перикарден излив и риск от тампонада. Стандартната процедура включва пункция на перикарда чрез субкисфоиден достъп и въвеждане на катетър за евакуация на излива, като едновременно с това се вливат обемзаместващи разтвори за поддържане на хемодинамиката.

Консервативната терапия се провежда с нитропрепарати, бета блокери, антиагреганти, антикоагуланти, ACE инхибитори, калциеви антагонисти, статини (интензивна доза), обезболяващи медикаменти (опиати).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. 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 овладяване на основните патологични симптоми и стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- овладяване на основните патологични симптоми в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение.

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катетеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВАТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ		ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:	
<input type="checkbox"/> РЗОК №.	<input type="checkbox"/> здравен район	<input type="checkbox"/> договор с НЗОК	<input type="checkbox"/> РЗОК №.
<input type="checkbox"/> ЕГН (ЛНЧ) на пациента		<input type="checkbox"/> здравен район	<input type="checkbox"/> регистрационен номер на лечебното заведение
<input type="checkbox"/> Пол м/ж		<input type="checkbox"/> УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ	
Идентификационен номер			
<input type="checkbox"/> ЕГН	<input type="checkbox"/> ЛНЧ	дата на раждане	
<input type="checkbox"/> ССН	<input type="checkbox"/> граждан на ЕС	(или по двустранни спогодби)	
код на държава			
име, презиме и фамилия по лична карта			
Адрес: гр.(с) ул. №.			
ж.к. бл. вх. тел.			
име на лечебното заведение			
име и фамилия на лекаря			

Клинична пътека	№.			
Амбулаторна процедура	№.			
Клинична процедура	№.			
Диагноза:	МКБ10			
дата на приемане:	ИЗ:			
ден	месец	година	номер	година

дата на операцията:

ден

месец

година

Пациент:

(подпис)

КОД НЗОК	Код проце- дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
Обща стойност:							

дата на изписване:

ден

месец

година

Директор на лечебното заведение:

подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ:

фамилия, подпис

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопatii. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок, то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на остро нарушението ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяването на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетер. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция и свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце - бял дроб, възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кръвене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопatii, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере” обратно в катетъра, ще се наложи оперативното му отстраняване, като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му е същата, която се използва в сърдечната хирургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 20 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 20.2 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Сърдечна катетеризация	
<i>Включва:</i>	измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт
<i>Не включва:</i>	при коронарна ангиография (38218 [668])
38200-00	Дясна сърдечна катетеризация
38203-00	Лява сърдечна катетеризация
667	Сърдечна катетеризация
∇0933	
<i>Включва:</i>	измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт
<i>Не включва:</i>	при коронарна ангиография (38218 [668])
38207-00	Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
59903-03	Аортография
<i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])	
Артериография	
59970-03	Периферна артериография
59970-03	Периферна артериография
59970-03	Периферна артериография

- 59970-04 Друга артериография
Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])
• периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

- 59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

- 59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)
- 59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)
- 59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

- Кодирай също когато е направена:*
• аортография (59903-03 [1990])
• вентрикулография (59903 [607])
- 38215-00 Коронарна ангиография

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
- 55131-00 Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

- 11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

ПКК, хемостезеологичен статус-аРТТ, МВ фракция	
1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)
1924	Биохимична изследвания
91910-28	Креатинкиназа (КК)
1934	Други лабораторни изследвания
91911-01	Изследване на МВ фракция на креатинкиназа
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Транслуменна балонна ангиопластика	
<i>Не включва:</i> периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])	
35309-06	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент <i>Не включва:</i> такава при каротидна артерия (35307-00 [754])
35309-07	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове <i>Не включва:</i> такава при каротидна артерия (35307-01 [754])
35307-00	Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент <i>Включва:</i> използване на устройство за емболна протекция
35307-01	Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове <i>Включва:</i> използване на устройство за емболна протекция
Възстановяване на аортна клапа	
<i>Не включва:</i> такава с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])	
38270-01	Перкутанна балонна аортна валвулопластика <i>Включва:</i> сърдечна катетеризация <i>Кодирай също когато е направен:</i> • клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа	
38270-03	Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика <i>Включва:</i> сърдечна катетеризация
Възстановяване на митрална клапа	
38270-02	Перкутанна балонна митрална валвулопластика <i>Включва:</i> сърдечна катетеризация <i>Кодирай също когато е направена:</i>

- клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

- 38300-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на 1 коронарна артерия
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия

Ексцизни процедури на коронарни артерии

Кодирай също когато е направена:

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

- 38309-00 Перкутанна транслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия
Включва: балонна ангиопластика

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

- 38300-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на 1 коронарна артерия
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия

Ексцизни процедури на коронарни артерии

Кодирай също когато е направена:

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

- 38309-00 Перкутанна транслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия
Включва: балонна ангиопластика

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

- 35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:

- коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

- 38303-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на ≥ 2 коронарни артерии
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на ≥ 2 коронарни артерии

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

- 35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуминална коронарна ангиопластика със стентирание

	Транслуменна балонна ангиопластика <i>Включва:</i> балонна дилатация на артерия със стент(ове) излъчващ медикамент <i>Кодирай също когато е направена:</i> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668]) <i>Не включва:</i> с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])
38306-00	Перкутанно поставяне на 1 транслуменен стент в една коронарна артерия Перкутанно имплантиране на 1 стент в една коронарна артерия
38306-01	Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменни стента в една коронарна артерия Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в една коронарна артерия
38306-02	Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменни стента в множество коронарни артерии Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в няколко коронарни артерии
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта	
38362-00	Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа
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
Транслуменна балонна ангиопластика	
	<i>Не включва:</i> периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])
35303-06	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика Корекция } стеноза на артериовенозна фистула Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
720 Други процедури на артерия	
32737-00	Ренална симпатikusова денервация Катетър базирана ренална денервация
777 Други процедури на артерии и вени	
30059-01	Тромбфрагментация и аспирация с аспирационен катетър
Ексцизия на артериовенозна фистула на шия	
	<i>Кодирай също когато е направена:</i> • прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])
34115-00	Ексцизия или лигиране на обикновена артериовенозна фистула на шия
34115-01	Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на шия
Възстановяване артериовенозна фистула на шията	
	<i>Кодирай също когато е направено:</i> • прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])
34124-00	Възстановяване на обикновена артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта
34124-01	Възстановяване на сложна артериовенозна фистула на шия с възстановяване на

целостта

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент

Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове

Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

35307-00 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент

Включва: използване на устройство за емболна протекция

35307-01 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове

Включва: използване на устройство за емболна протекция

Приложение на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

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])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

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 три основни диагностични (минимум една задължително интервенционална с катетеризация) и две основни терапевтични процедури, от които **едната е задължително интервенционална** от посочените в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, изписано „Включва следните медико-диагностични изследвания: ПКК, хемостезеологичен статус - aPTT, MB фракция.

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.

НЗОК заплаща за един ЗОЛ, в рамките на една календарна година, не повече от четири стента от подгрупа 4.1 „Коронарен стент“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, като стойността на стентовете е отделно от цената на пътеката. За некоронарни съдови сектори - от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“ при необходимост и по преценка, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща до четири протезни материала едноактно и не повече от осем годишно, в рамките на една календарна година.

Да се прецизира приложението на медицински изделия от подгрупите 4.1.3 и 4.1.4. само за пациенти, при които това е медицински обосновано, като се спазват индикациите за имплантирането им, както следва:

Индикациите за имплантиране на „бифуркационен“ стент от подгрупа 4.1.3 „Бифуркационни стентове“ са:

1) Стеснение на коронарна артерия, включващо изхода на голям клон с калибър над 2 мм, кръвоснабдяващ голяма зона на витален миокард.

2) Необходимо е да се документира в протокола диаметъра на страничния клон, който налага използване на бифуркационен стент и задължително да се изисква заснемане на 2 коронарни интервенционални водача поставени през бифуркационната лезия във филма на пациента.

Индикациите за имплантиране на коронарен стент без полимер при пациенти с висок риск на кървене от подгрупата 4.1.4 „Стентове без полимер за пациенти с висок риск на кървене; конусовиден, наличен втори слой, блокиращ дисталната миграция на плака и тромб; резорбируеми“ са:

Използване на комбинация с антикоагулант след ПКИ (перкутанна коронарна интервенция).

Възраст ≥ 75 години.

Исходен хемоглобин $< 110\text{g/l}$ или документирана хемотрансфузия, в предходния на ПКИ месец.

Всеки документиран предшестваш хеморагичен инсулт.

Хоспитализация за остро кървене, в предходната ПКИ година.

Текуща химиотерапия.

Хронична бъбречна недостатъчност ($\text{eGFR} < 40\text{ml/min}$).

Тромбоцитопения ($\text{PLT} < 100\,000/\text{mm}^3$).

Тежка чернодробна болест дефинирана, като варици на хранопровода 2-3 ст., асцит, енцефалопатия или повишен билирубин.

За пациент с висок риск от кървене се приема такъв с наличие на поне 1 критерий.

В рамките на 30 дни от дехоспитализацията по предходната КП, в едно и също ЛЗБП, на едно ЗЗОЛ, когато се отчитат КП № 17.2 и КП № 20.2, НЗОК заплаща само КП № 20.2, при условие, че са спазени изискванията за завършена КП.

НЗОК заплаща за до 100 случая в рамките на една календарна година медицинското изделие от подгрупа 4.5 „Сет за ротаблация, включващ катетър за ротаблация, 1 бр. устройство за придвижване на катетър, 1бр. водач за ротаблация“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП № 20. ЛЗБП, които прилагат посоченото медицинско изделие е необходимо да разполагат на територията си с клиника/отделение по кардиохирургия.

При код (38256-00 и 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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната 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.**

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

При установяване на триклонова болест със SYNTAX скор над 32, с оглед преценка на възможностите за лечение (интервенционално или оперативно) да се извърши задължителна консултация с кардиохирург в рамките на болничния престой или непосредствено след дехоспитализацията.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, решението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", в обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по съдова хирургия – за ЛЗ, които ще отчитат процедури с кодове: 59970-02; 59970-03; 59970-04; 35309-06; 35309-07; 35307-00; 35307-01; 35303-06; 34115-00; 34115-01
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол

или ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) за съдова хирургия), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазиология
5. Образна диагностика – рентгенов апарат
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1,2,3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- за клиника/отделение по съдова хирургия - в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет – за кодове: 59970-02; 59970-03; 59970-04; 35309-06; 35309-07; 35307-00; 35307-01; 35303-06; 34115-00; 34115-01/.

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

катетър за интракоронарен ултразвук	НЗОК не заплаща посоченото изделие
водач за FFR	НЗОК не заплаща посоченото изделие

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- За клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъп на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален**.

Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия/ съдова хирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Диагностика и интервенционално лечение на пациенти с:

- клинични и параклинични данни за настъпващ белодробен оток/кардиогенен шок, вследствие миокардна исхемия (за коронарна интервенция);
- клинични и параклинични данни за кардиална форма на белодробен тромбемболизъм;
- ятрогенна лезия на коронарен съд (за имплантиране на стент);
- остра сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);
- сърдечна недостатъчност (остра или изострена) при заболявания на сърдечните клапи и миокарда;
- клинични и инструментални данни за сърдечна тампонада;
- болни с ОМИ, насочени от друго лечебно заведение в първите 24 часа от хоспитализацията, с проведена фибринолиза за спешна интервенционална лечебна процедура;
- клинични, параклинични и ангиографски данни за хронична исхемична болест на сърцето с доказана ангиографски сигнификантна стеноза(и);
- клинични и инструментални данни за високорискова тиха миокардна исхемия;
- остра артериална и венозна недостатъчност на периферни и висцерални артериални и венозни съдове.

Б. Диагностика и интервенционално лечение на пациенти:

- хронична артериална недостатъчност на висцерални и мозъчни артерии и артерии на горни и долни крайници;
- вродени сърдечни малформации;
- сърдечни клапни заболявания;
- заболявания на венозната система;
- кардиомиопатии;
- резистентна артериална и белодробна хипертония.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Интервенционалното лечение на сърдечно - съдовите заболявания включва балонна ангиопластика, имплантиране на интракоронарен стент, перикардна пункция, въвеждане на балон за аортна контрапулсация, радиофреквентна аблация.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика (PTCA), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен коронарен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач в коронарния съд се въвежда балонен катетър, който се позиционира на мястото на стеснението. След това балонът се раздува, при което се притиска атеросклеротичната плака и се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на коронарните артерии се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

След балонна ангиопластика около 1/3 до 1/2 от пациентите могат да получат повторно стеснение на същото място за период до 6 месеца след процедурата - рестеноза. За намаляване на риска от рестеноза, непосредствено след балонната ангиопластика на мястото на разширения сегмент на артерията най-често се имплантира **интракоронарен стент**. Той се въвежда върху балонен катетър и се притиска плътно към стената на артерията чрез раздуване на този балон. Процедурата се извършва под рентгенов контрол.

Балонна ангиопластика при клапна митрална , пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на срастването на платната на стенотичната клапа.

Перикардната пункция се извършва при наличие на голям перикарден излив и риск от тампонада. Стандартната процедура включва пункция на перикарда чрез субкисфоилен достъп и въвеждане на катетър за евакуация на излива, като едновременно с това се вливат обемзаместващи разтвори за поддържане на хемодинамиката.

Консервативната терапия се провежда с нитропрепарати, бета блокери, антиагреганти, антикоагуланти, ACE инхибитори, калциеви антагонисти, статини (интензивна доза), обезболяващи медикаменти (опиати).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравето състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за овладяване на основните патологични симптоми и стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- овладяване на основните патологични симптоми в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение.

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВАТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em; margin-top: 5px;"> РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж </div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <div style="font-size: 0.7em; margin-top: 5px;">Идентификационен номер</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ССН </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <input type="checkbox"/> ЛНЧ <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) </div> <div style="text-align: center;"> дата на раждане <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div> <div style="text-align: center; font-size: 0.7em; margin-top: 5px;">код на държава</div> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"> име, презиме и фамилия по лична карта </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em; margin-top: 5px;"> Адрес: гр.(с) ул. № </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em; margin-top: 5px;"> ж.к. бл. вх. тел. </div>	ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> договор с НЗОК </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: 0.8em; margin-top: 5px;"> РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение </div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: center; font-size: 0.7em; margin-top: 5px;">УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ</div> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"> име на лечебното заведение </div> <div style="border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"> име и фамилия на лекаря </div> </div>
---	---

Клинична пътека	№. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Амбулаторна процедура	№. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Клинична процедура	№. <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Диагноза:	МКБ10 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
дата на приемане: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	из: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
ден	месец
година	номер
година	година
дата на операцията: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Пациент: (подпис)
ден	месец
година	

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
Обща стойност:							

дата на изписване: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
ден	месец
година	

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок, то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на остро нарушението ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяването на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетер. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция и свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце - бял дроб, възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кръвене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритмично-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопатии, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере” обратно в катетъра, ще се наложи оперативното му отстраняване, като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му е същата, която се използва в сърдечната хирургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 21 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНИ АРИТМИИ

КП № 21.1 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНИ АРИТМИИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38209-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра Изследване на: <ul style="list-style-type: none">• атриовентрикуларна проводимост• функция на синусов възел• синкоп Обикновено изследване на камерна тахикардия <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
38212-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра Тест с антиаритмични медикаменти Комплексно изследване на камерна тахикардия Индукция на камерна тахикардия Интраоперативно сърдечно мапиране <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
Друга ангиография	
59903-03	Аортография <i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])
Друга ангиография	
59718-00	Флебография Венография <i>Не включва:</i> такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])
Процедури за изследване на камера	
59903-01	Дясна вентрикулография Ангиокардиография на: <ul style="list-style-type: none">• пулмонална клапа• десни:<ul style="list-style-type: none">• предсърдие• камера (изходящ тракт)
59903-00	Лява вентрикулография Ангиокардиография на: <ul style="list-style-type: none">• аортна клапа• леви:<ul style="list-style-type: none">• предсърдие• камера (изходящ тракт)

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

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Деструктивни процедури на предсърдие

Включва: такава с:

- криоаблация
- електрофизиологични изследвания
- лазер
- микровълни
- радиочестотна аблация

Кодирай също когато е направена:

- трансезофагеална ехокардиография (55118-00 [1942])

Не включва: отделяне на допълнителен път (38512-00, 38515-00 [600])

38287-02 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща лява предсърдна кухина
Изолиране на пулмонална вена чрез перкутанен достъп

Включва: достъп до ляво предсърдие чрез трансептална пункция

38290-01 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща двете предсърдни кухини
Изолиране на пулмонална вена с аблация на аритмичен кръг или фокус, включващо дясно предсърдие чрез перкутанен достъп

Включва: достъп до ляво предсърдие чрез транс-септална пункция

38287-01 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус неклассифицирана другаде
Катетърна аблация на атриовентрикуларен аритмичен кръг или фокус

Деструктивни процедури на камера

38518-00 Аблация на камерен мускул

Включва: аневризмектомия
мапинг

Кодирай също когато е направен:

- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

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

96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none">• инфузионен порт• Port-A-Cath• резервоар (подкожен)• устройство за съдов достъп• венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none">• 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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, доказващи състояние, налагащо извършването на ексцизия или деструкция и задължително 38287-02 или 38290-01 или 38287-01 или 38518-00 като основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Код 38256-00 или 38256-01 се отчита като втора терапевтична процедура, само след прилагане на код 38287-02 или 38290-01 или 38287-01 или 38518-00.

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 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.**

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Неразделна част от ИЗ на пациента става формуляр, принтиран от електронния регистър „BG Ephy“, удостоверяващ извършената електрофизиологична процедура. Това изискване става задължително от 01.03.2015 г. и при липса на този формуляр, КП не се счита за завършена.

I. 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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кардиология“.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение по инвазивна електрофизиология
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

2. 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. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност,
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Клиника/отделение по кардиохирургия - когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – четирима лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури);

- в отделение за диагностика и лечение по ритъмно-проводни нарушения – двама кардиолози, задължително един от лекарите трябва да притежава допълнителна професионална квалификация за експертно второ ниво по “Инвазивна електрофизиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ? и минимум по 50 инвазивни лечебни процедури годишно като самостоятелен оператор (радиофреквентни аблации) или сертификат от Европейската асоциация по аритмии за успешно положен изпит за извършване на инвазивна електрофизиология;

- 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/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография. **За извършване на ехокардиография на експертно ниво:** лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна електрофизиология/инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- Звеното по инвазивна електрофизиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна електрофизиология само по спешност.

Всички извършени интервенции **задължително** се регистрират в Националния регистър на сдружението по кардиостимулация и електрофизиология „BG Ephy“, съгласно изискванията на Европейската асоциация по ритъмни нарушения.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Интервенционална диагностика и лечение на болни с ритъмни нарушения на сърдечната дейност:

- WPW синдром;
- надкамерна и камерна тахикардия;
- предсърдно трептене;
- предсърдно мъждене;
- камерни екстрасистоли.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

На ЕФИ подлежат:

- болни с проводни нарушения на сърдечната дейност;
- болни с ритъмни нарушения на сърдечната дейност;
- болни с преживян или суспектен сърдечен арест;
- болни със синкоп или пресинкоп.

Контраиндикации за извършване на електрофизиологично изследване:

- бременност;
- възпалителни заболявания или повишена функция на щитовидната жлеза;
- декомпенсирана сърдечна недостатъчност;
- остър миокарден инфаркт; остра миокардна исхемия;
- при рутинни лабораторни показатели извън нормалните стойности.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин), антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина – при индикации;
2. антиаритмици – и.в. и перорални;
3. антиалергични средства – при необходимост.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности,

които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- точна диагноза на ритъмното/проводното нарушение;
- проведена радиофреквентна аблация/криоаблация;
- овладяване/липса на ритъмни и проводни нарушения;
- благоприятна ЕКГ динамика;
- стабилна хемодинамика;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна електрофизиология" или "Инвазивна детска кардиология", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: □□□/мин

АН: □□□/□□□

Локален съдов /оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата в отговор на постоянната и/или временна кардиостимулация, когато се налага:

- **ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА;**

- **ФОРМУЛЯР, ИЗПРИНТЕН ОТ ЕЛЕКТРОННИЯ РЕГИСТЪР „BG EPHU”, УДОСТОВЕРЯВАЩ ИЗВЪРШЕНАТА ИМПЛАНТАЦИЯ.**

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Исхемичната болест на сърцето (ИБС) е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция – аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Ритъмните и проводните нарушения влошават сърдечната функция и някои от тях могат да доведат до внезапна сърдечна смърт. Чрез електрофизиологичното изследване на сърцето може да се постави точна диагноза и да се прецени рискът при всеки конкретен пациент. Освен това се преценяват точните възможности за лечение.

Електрофизиологичното изследване на сърцето е свързано с въвеждане на 3 или 4 катетъра по венозен или артериален път. В местата на въвеждане на катетрите се използва местна упойка. Локализирането на катетрите в сърцето се извършва под рентгенов контрол. Електрофизиологичното изследване се състои в подаване на слаби електрически импулси в сърцето и по този начин - оценка на проводната му система и предизвикване на ритъмното нарушение, което е причина за Вашите сърдечни оплаквания. Процедурата е с продължителност от 3 до 4 часа.

Процедурата не се провежда в условия на бременност, при данни за възпалителни заболявания или повишена функция на щитовидната жлеза, при сърдечна недостатъчност и стенокардни оплаквания, при рутинни лабораторни показатели извън нормалните стойности.

Какво ще трябва да направите?

В деня преди процедурата е необходимо да се отстрани окосмяването в областта на слабините и в горната част на гръдния кош. В деня на процедурата не трябва да закусвате. След приключване на изследването се налага да останете за наблюдение в болницата не по-малко от едно денонощие.

Какви са рисковете?

В местата на въвеждане на катетрите могат да се получат подуване, болка и поява на подкожна синина. Налице е също така и вероятност за увреждане на съдовете, което да наложи медикаментозно или оперативно лечение на засегнатия крайник.

При въвеждане на катетрите е възможно засягане на белите дробове с поява на нарастващ задух по време на процедурата или в часовете след нея. В тези случаи се налага лечение за един или няколко дни в отделение за интензивни грижи.

По време на процедурата екипът от лекари ще се информира за Вашите оплаквания и ще следи Вашето състояние отблизо. Той може да прекъсне процедурата, ако счита, че това е най-доброто за Вас. Вероятността да се получат усложнения е малка, но ако това стане, Вие ще получите своевременно съответни медицински грижи.

Ако имате каквито и да било въпроси, свързани с изследването, моля попитайте лекар от екипа, който извършва процедурите.

КП № 21 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНИ АРИТМИИ

КП № 21.2 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНИ АРИТМИИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38209-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра Изследване на: <ul style="list-style-type: none">• атриовентрикуларна проводимост• функция на синусов възел• синкоп Обикновено изследване на камерна тахикардия <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
38212-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра Тест с антиаритмични медикаменти Комплексно изследване на камерна тахикардия Индукция на камерна тахикардия Интраоперативно сърдечно мапиране <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
Друга ангиография	
59903-03	Аортография <i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])
Друга ангиография	
59718-00	Флебография Венография <i>Не включва:</i> такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])
Процедури за изследване на камера	
59903-01	Дясна вентрикулография Ангиокардиография на: <ul style="list-style-type: none">• пулмонална клапа• десни:<ul style="list-style-type: none">• предсърдие• камера (изходящ тракт)
59903-00	Лява вентрикулография Ангиокардиография на: <ul style="list-style-type: none">• аортна клапа• леви:<ul style="list-style-type: none">• предсърдие• камера (изходящ тракт)

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

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Деструктивни процедури на предсърдие

Включва: такава с:

- криоаблация
- електрофизиологични изследвания
- лазер
- микровълни
- радиочестотна аблация

Кодирай също когато е направена:

- трансезофагеална ехокардиография (55118-00 [1942])

Не включва: отделяне на допълнителен път (38512-00, 38515-00 [600])

38287-02 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща лява предсърдна кухина
Изолиране на пулмонална вена чрез перкутанен достъп

Включва: достъп до ляво предсърдие чрез трансептална пункция

38290-01 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща двете предсърдни кухини
Изолиране на пулмонална вена с аблация на аритмичен кръг или фокус, включващо дясно предсърдие чрез перкутанен достъп

Включва: достъп до ляво предсърдие чрез транс-септална пункция

38287-01 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус неклассифицирана другаде
Катетърна аблация на атриовентрикуларен аритмичен кръг или фокус

Деструктивни процедури на камера

38518-00 Аблация на камерен мускул

Включва: аневризмектомия
мапинг

Кодирай също когато е направен:

- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

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	
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, доказващи състояние, налагащо извършването на ексцизия или деструкция и задължително 38287-02 или 38290-01 или 38287-01 или 38518-00 като основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Код 38256-00 или 38256-01 се отчита като втора терапевтична процедура, само след прилагане на код 38287-02 или 38290-01 или 38287-01 или 38518-00.

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 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.**

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Неразделна част от ИЗ на пациента става формуляр, принтиран от електронния регистър „BG Ephy”, удостоверяващ извършената електрофизиологична процедура. Това изискване става задължително от 01.03.2015 г. и при липса на този формуляр, КП не се счита за завършена.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кардиология”.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология
2. Отделение по инвазивна електрофизиология
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазиология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

2. 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. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Клиника/отделение по кардиохирургия - когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в отделение за диагностика и лечение по ритъмно-проводни нарушения – двама кардиолози, задължително един от лекарите да има допълнителна професионална квалификация по “Инвазивна електрофизиология” (експертно второ ниво) удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ и минимум по 50 инвазивни лечебни процедури годишно като самостоятелен оператор (радиофреквентни аблации) или сертификат от Европейската асоциация по аритмии за успешно положен изпит за извършване на инвазивна електрофизиология;

- 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;

или

- в клиника/отделение по детска кардиология – четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология/кардиология/ревмокардиология, двама лекари, с допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по “Инвазивна електрофизиология”, “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Специалистите със сертификат по инвазивна електрофизиология/инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- Звеното по инвазивна електрофизиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна електрофизиология само по спешност.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Електроди за радиочестотна аблация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
------------------------------------	------------------------------------

Всички извършени интервенции **задължително** се регистрират в Националния регистър на сдружението по кардиостимулация и електрофизиология „BG Ephy“, съгласно изискванията на Европейската асоциация по ритъмни нарушения.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Интервенционална диагностика и лечение на болни с ритъмни нарушения на сърдечната дейност:

- WPW синдром;
- надкамерна и камерна тахикардия;
- предсърдно трептене;
- предсърдно мъждене;
- камерни екстрасистоли.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

На ЕФИ подлежат:

- болни с проводни нарушения на сърдечната дейност;
- болни с ритъмни нарушения на сърдечната дейност;
- болни с преживян или суспектен сърдечен арест;
- болни със синкоп или пресинкоп.

Контраиндикации за извършване на електрофизиологично изследване:

- бременност;
- възпалителни заболявания или повишена функция на щитовидната жлеза;
- декомпенсирана сърдечна недостатъчност;
- остър миокарден инфаркт; остра миокардна исхемия;
- при рутинни лабораторни показатели извън нормалните стойности.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин), антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина – при индикации;
2. антиаритмици – и.в. и перорални;
3. антиалергични средства – при необходимост.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- точна диагноза на ритъмното/проводното нарушение;
- проведена радиофреквентна аблация/криоаблация;
- овладяване/липса на ритъмни и проводни нарушения;
- благоприятна ЕКГ динамика;
- стабилна хемодинамика;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна електрофизиология” или “Инвазивна детска кардиология”, остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов /оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставачи неразделна част от същата в отговор на постоянната и/или временна кардиостимулация, когато се налага:

**- ФОРМУЛЯР, ИЗПРИНТЕН ОТ ЕЛЕКТРОННИЯ РЕГИСТЪР „BG EPHY”, УДОСТОВЕРЯВАЩ
ИЗВЪРШЕНАТА ИМПЛАНТАЦИЯ.**

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА
ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА
ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>РЗОК №. <input type="text"/></div><div>здравен район <input type="text"/></div><div>ЕГН (ЛНЧ) на пациента <input type="text"/></div><div>Пол м/ж <input type="text"/></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Идентификационен номер <input type="text"/></div><div>дата на раждане <input type="text"/></div><div>код на държава <input type="text"/></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div><input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ЛНЧ</div><div><input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>име, презиме и фамилия по лична карта</div><div>код на държава</div></div> <div>Адрес: гр.(с) <input type="text"/> ул. <input type="text"/> №. <input type="text"/> ж.к. <input type="text"/> бл. <input type="text"/> вх. <input type="text"/> тел. <input type="text"/></div>	ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>договор с НЗОК <input type="checkbox"/></div><div>РЗОК №. <input type="text"/></div><div>здравен район <input type="text"/></div><div>регистрационен номер на лечебното заведение <input type="text"/></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>име на лечебното заведение</div><div>УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>име и фамилия на лекаря</div><div></div></div>
--	---

Клинична пътека №.

Амбулаторна процедура №.

Клинична процедура №.

Диагноза: МКБ10

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент:
(подпис)

КОД НЗОК	Код проце- дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

Обща стойност:																							
дата на изписване: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ден</td> <td colspan="2">месец</td> <td colspan="4">година</td> </tr> </table>																ден		месец		година			
ден		месец		година																			
Директор на лечебното заведение:				Лекар, вложил МИ:																			
подпис и печат на лечебното заведение				фамилия, подпис																			

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Исхемичната болест на сърцето (ИБС) е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция – аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Ритъмните и проводните нарушения влошават сърдечната функция и някои от тях могат да доведат до внезапна сърдечна смърт. Чрез електрофизиологичното изследване на сърцето може да се постави точна диагноза и да се прецени рискът при всеки конкретен пациент. Освен това се преценяват точните възможности за лечение.

Електрофизиологичното изследване на сърцето е свързано с въвеждане на 3 или 4 катетъра по венозен или артериален път. В местата на въвеждане на катетрите се използва местна упойка. Локализирането на катетрите в сърцето се извършва под рентгенов контрол. Електрофизиологичното изследване се състои в подаване на слаби електрически импулси в сърцето и по този начин - оценка на проводната му система и предизвикване на ритъмното нарушение, което е причина за Вашите сърдечни оплаквания. Процедурата е с продължителност от 3 до 4 часа.

Процедурата не се провежда в условия на бременност, при данни за възпалителни заболявания или повишена функция на щитовидната жлеза, при сърдечна недостатъчност и

стенокардни оплаквания, при рутинни лабораторни показатели извън нормалните стойности.

Какво ще трябва да направите?

В деня преди процедурата е необходимо да се отстрани окосмяването в областта на слабините и в горната част на гръдния кош. В деня на процедурата не трябва да закусвате. След приключване на изследването се налага да останете за наблюдение в болницата не по-малко от едно денонощие.

Какви са рисковете?

В местата на въвеждане на катетрите могат да се получат подуване, болка и поява на подкожна синина. Налице е също така и вероятност за увреждане на съдовете, което да наложи медикаментозно или оперативно лечение на засегнатия крайник.

При въвеждане на катетрите е възможно засягане на белите дробове с поява на нарастващ задух по време на процедурата или в часовете след нея. В тези случаи се налага лечение за един или няколко дни в отделение за интензивни грижи.

По време на процедурата екипът от лекари ще се информира за Вашите оплаквания и ще следи Вашето състояние отблизо. Той може да прекъсне процедурата, ако счете, че това е най-доброто за Вас. Вероятността да се получат усложнения е малка, но ако това стане, Вие ще получите своевременно съответни медицински грижи.

Ако имате каквито и да било въпроси, свързани с изследването, моля попитайте лекар от екипа, който извършва процедурите.

КП № 22 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ

КП № 22.1 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой– 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Сърдечна катетеризация	
<i>Включва:</i>	измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт
<i>Не включва:</i>	при коронарна ангиография (38218 [668])
38200-00	Дясна сърдечна катетеризация
38203-00	Лява сърдечна катетеризация
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38212-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра Тест с антиаритмични медикаменти Комплексно изследване на камерна тахикардия Индукция на камерна тахикардия Интраоперативно сърдечно мапиране <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
38209-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра Изследване на: • атриовентрикуларна проводимост • функция на синусов възел • синкоп Обикновено изследване на камерна тахикардия <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
Друга ангиография	
59903-03	Аортография <i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])
Артериография	
59970-04	Друга артериография <i>Не включва:</i> такава с магнитен резонанс (90902 [1991]) такава на: • аорта (59903-03 [1990]) • мозъчен съд (59970-02 [1990])

- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

59970-03 Периферна артериография

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на септум

38270-00 Перкутанна предсърдна септостомия
Предсърдна септостомия, трансвенозен метод чрез:
• балон
• по остър път
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на аортна клапа

38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направен:
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38270-03 Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на митрална клапа

38270-02 Перкутанна балонна митрална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация

Кодирай също когато е направена:

- клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Затваряне на персистиращ дуктус артериозус

Включва: клипсиране }
отделяне } отворен дуктус артериозус
лигиране }

38700-00 Перкутанно затваряне на перистиращ дуктус артериозус

Включва: с протеза или устройство

Затваряне на сърдечен колатерален съд

38700-02 Перкутанно затваряне на сърдечен колатерален съд

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол
• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-04 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, гръден кош

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

НЗОК заплаща за до 20 случая в рамките на една календарна година медицински изделия от групите „Устройства за затваряне на артериален канал“ и „Устройства за запушване на абнормални съдови комуникации“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП.

I. 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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)
7. Клиника/отделение по детска кардиохирургия – за лица до 18 год.възраст.

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури, от които двама, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ и минимум 100 инвазивни лечебни процедури годишно като самостоятелен оператор).

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология – **двама** кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ и минимум 100 инвазивни лечебни процедури годишно като самостоятелен оператор;

- 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/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Интервенционална диагностика и лечение на пациенти с вродени сърдечни малформации и клинични и параклинични данни за:

- настъпващ белодробен оток/кардиогенен шок;
- кардиална форма на белодробен тромбемболизъм;
- остра сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);
- извършване на балонна атриосептостомия по Рашкинд при новородени с изолирана транспозиция на големите артерии (ТГА).

Б. Планова интервенционална диагностика и лечение:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци (ревматични и дегенеративни).

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично лечебен план.

Извършването на интервенционална процедура при деца най-често се осъществява под обща анестезия и рядко на апаратна вентилация. Това налага участието и на анестезиолог. Децата, които са интубирани, се оставят за наблюдение 24 часа в детска реанимация.

Интервенционалното лечение на вродени сърдечни малформации включва балонна ангиопластика, затваряне на персистиращ дуктус артериозус и други аномални съдови комуникации.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна ангиопластика (РТА), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач се въвежда балонен катетър в съответния съд и се позиционира на мястото на стеснението. След това балонът се раздува, при което се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на съдовете се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

След балонна ангиопластика част от пациентите могат да получат повторно стеснение

на същото място - рестеноза. За намаляване на риска от рестеноза, непосредствено след балонната ангиопластика или като първична процедура, на мястото на стеснения сегмент на артерията се имплантира **стент**. Той се въвежда върху балонен катетър и се притиска плътно към стената на артерията чрез раздуване на балона. Процедурата се извършва под рентгенов контрол.

Балонна ангиопластика при клапна пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на срастването на платната на стенотичната клапа.

Затваряне на други аномални съдови комуникации

Тези интервенции се извършват също след диагностично инвазивно изследване при същите условия, но контролът на манипулацията е двоен – флуороскопски и ехографски чрез трансезофагеална ехокардиография. След сондиране на съществуващата комуникация през специален интродюсер се поставя затварящото или емболизиращо устройство, което се монтира така, че да затвори аномалната комуникация.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- след проведените изследвания и/или проведеното интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място;
- стабилна хемодинамика.

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или детска кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна детска кардиология” или “Инвазивна кардиология”; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>РЗОК №. <input type="text"/></div><div>здравен район <input type="text"/></div><div>ЕГН (ЛНЧ) на пациента <input type="text"/></div><div>Пол м/ж <input type="text"/></div></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>Идентификационен номер</div><div>код на държава</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div><input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ЛНЧ дата на раждане <input type="text"/></div><div><input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)</div></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">име, презиме и фамилия по лична карта</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>Адрес: гр.(с)</div><div>ул.</div><div>№</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>ж.к.</div><div>бл.</div><div>вх.</div><div>тел.</div></div>				ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ: <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>договор с НЗОК <input type="checkbox"/></div><div>РЗОК №. <input type="text"/></div><div>здравен район <input type="text"/></div><div>регистрационен номер на лечебното заведение <input type="text"/></div></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">име на лечебното заведение</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">име и фамилия на лекаря</div>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>Клинична пътека</div><div>№. <input type="text"/></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>Амбулаторна процедура</div><div>№. <input type="text"/></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>Клинична процедура</div><div>№. <input type="text"/></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>Диагноза:</div><div>МКБ10 <input type="text"/></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>дата на приемане: <input type="text"/></div><div>ИЗ: <input type="text"/></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div>дата на операцията: <input type="text"/></div><div>Пациент:</div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"><div></div><div>(подпис)</div></div>							
КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

Обща стойност:							

дата на изписване: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ден</td> <td colspan="2">месец</td> <td colspan="4">година</td> </tr> </table>																ден		месец		година			
ден		месец		година																			
Директор на лечебното заведение: <small>подпис и печат на лечебното заведение</small>				Лекар, вложил МИ: <small>фамилия, подпис</small>																			

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на остро нарушението ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с лекуващия лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяването на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА АТРИОСЕПТОСТОМИЯ (БАСС)

БАСС е интервенционална процедура, която се прилага по спешност при новородени в критично състояние и с несъвместими с живота ВСМ - при липса на връзка между двете предсърдия. Същността на манипулацията е създаване на такава връзка.

Новороденото се интубира и диша с помощта на апарат. През вена на крачето се въвежда специален балонен катетър, който след позициониране в лявото предсърдие се раздува и при издърпването му през предсърдната преграда последната се разкъсва. Рисковете от тази манипулация са минимални. На мястото на убождането може да се получи подутина или кръвене, което в редки случаи може да наложи кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работа с катетрите в сърцето могат да настъпят ритмично-проводни нарушения, които да застрашат живота на новороденото. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечната кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил интервенцията.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетер. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция, свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце-бял дроб и възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кръвене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритмично-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортопулмонални колатерали при комплексни кардиопatii, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести, трябва да се извади с

въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере“ обратно в катетъра ще се наложи оперативното му отстраняване, като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му, е същата която се използва в сърдечната хирургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 22 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ

КП № 22.2 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой– 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Сърдечна катетеризация	
<i>Включва:</i>	измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт
<i>Не включва:</i>	при коронарна ангиография (38218 [668])
38200-00	Дясна сърдечна катетеризация
38203-00	Лява сърдечна катетеризация
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38212-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра Тест с антиаритмични медикаменти Комплексно изследване на камерна тахикардия Индукция на камерна тахикардия Интраоперативно сърдечно мапиране <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
38209-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра Изследване на: • атриовентрикуларна проводимост • функция на синусов възел • синкоп Обикновено изследване на камерна тахикардия <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
Друга ангиография	
59903-03	Аортография <i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])
Артериография	
59970-04	Друга артериография <i>Не включва:</i> такава с магнитен резонанс (90902 [1991]) такава на: • аорта (59903-03 [1990]) • мозъчен съд (59970-02 [1990])

- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

59970-03 Периферна артериография

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на септум

38270-00 Перкутанна предсърдна септостомия
Предсърдна септостомия, трансвенозен метод чрез:
• балон
• по остър път
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на аортна клапа

38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направен:
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38270-03 Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на митрална клапа

38270-02	Перкутанна балонна митрална валвулопластика
	Включва: сърдечна катетеризация
	Кодирай също когато е направена:
	• клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта	
38362-00	Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа
Затваряне на персистиращ дуктус артериозус	
	Включва: клипсиране } отделяне } лигиране } отворен дуктус артериозус
38700-00	Перкутанно затваряне на перистиращ дуктус артериозус
	Включва: с протеза или устройство
Затваряне на сърдечен колатерален съд	
38700-02	Перкутанно затваряне на сърдечен колатерален съд
Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове	
	Включва: прилагане на: • балон • спирали • етанол • желатинова гъба • лепило • пластмасови частици катетеризация
35321-04	Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, гръден кош
Транслуменна балонна ангиопластика	
	Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])
35303-06	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
	Корекция } стеноза на артериовенозна фистула Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

НЗОК заплаща за до 20 случая в рамките на една календарна година медицински изделия от групите „Устройства за затваряне на артериален канал“ и „Устройства за запушване на абнормални съдови комуникации“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазаология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)
7. Клиника/отделение по детска кардиохирургия – за лица до 18 год.възраст.

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- лекар/лекари със специалност по детска кардиохирургия;
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да

извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Интервенционална диагностика и лечение на пациенти с вродени сърдечни малформации и клинични и параклинични данни за:

- настъпващ белодробен оток/кардиогенен шок;
- кардиална форма на белодробен тромбемболизъм;
- остра сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);
- извършване на балонна атриосептостомия по Рашкинд при новородени с изолирана транспозиция на големите артерии (ТГА).

Б. Планова интервенционална диагностика и лечение:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци (ревматични и дегенеративни).

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично лечебен план.

Извършването на интервенционална процедура при деца най-често се осъществява под обща анестезия и нерядко на апаратна вентилация. Това налага участието и на анестезиолог. Децата, които са интубирани, се оставят за наблюдение 24 часа в детска реанимация.

Интервенционалното лечение на вродени сърдечни малформации включва балонна ангиопластика, затваряне на персистиращ дуктус артериозус и други аномални съдови комуникации.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна ангиопластика (РТА), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач се въвежда балонен катетър в съответния съд и се позиционира на мястото на стеснението. След това балонът се раздува, при което се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на съдовете се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

След балонна ангиопластика част от пациентите могат да получат повторно стеснение на същото място - рестеноза. За намаляване на риска от рестеноза, непосредствено след балонната ангиопластика или като първична процедура, на мястото на стеснения сегмент на артерията се имплантира **стент**. Той се въвежда върху балонен катетър и се притиска плътно към стената на артерията чрез раздуване на балона. Процедурата се извършва под рентгенов контрол.

Балонна ангиопластика при клапна пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и

диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стеноличната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на срастването на платната на стеноличната клапа.

Затваряне на други аномални съдови комуникации

Тези интервенции се извършват също след диагностично инвазивно изследване при същите условия, но контролът на манипулацията е двоен – флуороскопски и ехографски чрез трансезофагеална ехокардиография. След сондиране на съществуващата комуникация през специален интродюсер се поставя затварящото или емболизиращо устройство, което се монтира така, че да затвори аномалната комуникация.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- след проведените изследвания и/или проведеното интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място;
- стабилна хемодинамика.

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или детска кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна детска кардиология” или “Инвазивна кардиология”; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /PM):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:
ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>РЗОК №. <input type="text"/></div><div>здравен район <input type="text"/></div><div>ЕГН (ЛНЧ) на пациента <input type="text"/></div><div>Пол м/ж <input type="text"/></div></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <div>Идентификационен номер</div> <div><input type="checkbox"/> ЕГН <input type="checkbox"/> ЛНЧ дата на раждане <input type="text"/>-<input type="text"/>-<input type="text"/></div> <div><input type="checkbox"/> ССН <input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)</div> <div style="text-align: right;">код на държава <input type="text"/></div> <div>име, презиме и фамилия по лична карта</div> <div>Адрес: гр.(с) ул. №.</div> <div>ж.к. бл. вх. тел.</div>	ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"><div>договор с НЗОК <input type="checkbox"/></div><div>РЗОК №. <input type="text"/></div><div>здравен район <input type="text"/></div><div>регистрационен номер на лечебното заведение <input type="text"/></div></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 5px;"></div> <div>УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ</div> <div>име на лечебното заведение</div> <div>име и фамилия на лекаря</div>
---	---

Клинична пътека	№. <input type="text"/>
Амбулаторна процедура	№. <input type="text"/>
Клинична процедура	№. <input type="text"/>
Диагноза:МКБ10 <input type="text"/>	
дата на приемане: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	ИЗ: <input type="text"/>
ден месец година	номер година
дата на операцията: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Пациент: (подпис)
ден месец година	

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

Обща стойност:							

дата на изписване:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ден	месец	година			

Директор на лечебното заведение:	Лекар, вложил МИ:
подпис и печат на лечебното заведение	фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на остро нарушението ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с лекуващия лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяването на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА АТРИОСЕПТОСТОМИЯ (БАСС)

БАСС е интервенционална процедура, която се прилага по спешност при новородени в критично състояние и с несъвместими с живота ВСМ - при липса на връзка между двете предсърдия. Същността на манипулацията е създаване на такава връзка.

Новороденото се интубира и диша с помощта на апарат. През вена на крачето се въвежда специален балонен катетър, който след позициониране в лявото предсърдие се раздува и при издърпването му през предсърдната преграда последната се разкъсва.

Рисковете от тази манипулация са минимални. На мястото на убождането може да се получи подутина или кръвене, което в редки случаи може да наложи кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работа с катетрите в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашат живота на новороденото. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечната кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил интервенцията.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетер. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция, свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце-бял дроб и възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кръвене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопatii, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести, трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере” обратно в катетъра ще се наложи оперативното му отстраняване, като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му, е същата която се използва в сърдечната хирургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 23 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ
КП № 23.1 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ
ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ
 Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Сърдечна катетеризация	
	<i>Включва:</i> измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт <i>Не включва:</i> при коронарна ангиография (38218 [668])
38200-00	Дясна сърдечна катетеризация
38203-00	Лява сърдечна катетеризация
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38212-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра Тест с антиаритмични медикаменти Комплексно изследване на камерна тахикардия Индукция на камерна тахикардия Интраоперативно сърдечно мапиране <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
38209-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра Изследване на: <ul style="list-style-type: none"> • атриовентрикуларна проводимост • функция на синусов възел • синкоп Обикновено изследване на камерна тахикардия <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
Друга ангиография	
59903-03	Аортография <i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])
Артериография	
59970-04	Друга артериография <i>Не включва:</i> такава с магнитен резонанс (90902 [1991]) такава на: <ul style="list-style-type: none"> • аорта (59903-03 [1990]) • мозъчен съд (59970-02 [1990])

- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])

такава на:

- аорта (59903-03 [1990])
- мозъчен съд (59970-02 [1990])
- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография

Ангиокардиография на:

- пулмонална клапа
- десни:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография

Ангиокардиография на:

- аортна клапа
- леви:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на септум

38270-00 Перкутанна предсърдна септостомия

Предсърдна септостомия, трансвенозен метод чрез:

- балон
- по остър път

Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на аортна клапа

38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика

Включва: сърдечна катетеризация

Кодирай също когато е направен:

- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа	
38270-03	Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика <i>Включва:</i> сърдечна катетеризация
Възстановяване на митрална клапа	
38270-02	Перкутанна балонна митрална валвулопластика <i>Включва:</i> сърдечна катетеризация <i>Кодирай също когато е направена:</i> • клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта	
38362-00	Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа
Затваряне на персистиращ дуктус артериозус	
	<i>Включва:</i> клипсиране } отделяне } отворен дуктус артериозус лигиране }
38700-00	Перкутанно затваряне на перистиращ дуктус артериозус <i>Включва:</i> с протеза или устройство
Затваряне на сърдечен колатерален съд	
38700-02	Перкутанно затваряне на сърдечен колатерален съд
Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове	
	<i>Включва:</i> прилагане на: • балон • спирали • етанол • желатинова гъба • лепило • пластмасови частици катетеризация
35321-04	Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, гръден кош
Транслуменна балонна ангиопластика	
	<i>Не включва:</i> периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])
35303-06	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика Корекция } стеноза на артериовенозна фистула Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
Вентилаторно подпомагане	
Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [ViPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия Променлива задължителна вентилация [IMV] Инвазивна вентилация Механична вентилация	

Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

- 13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури (от които едната задължително е с код 13882-00 или 13882-01 или 13882-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**).

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 новородени деца с тежки цианотични вродени малформации (с МКБ код на диагноза Q20.1, Q20.3 и Q22.4), при които се налага първо извършване на спешна интервенционална процедура (код 38270-00) и след това радикална операция на отворено сърце, се отчитат и заплащат и двете клинични пътеки - № 23 и кардиохирургичната.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

НЗОК заплаща за до 20 случая в рамките на една календарна година медицински изделия от групите „Устройства за запушване на абнормални съдови комуникации“ и „Устройства за затваряне на артериален канал“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП.

I. 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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

1. 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.

Задължителни звена / медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)
7. Клиника/отделение по детска кардиохирургия – за лица до 18 год.възраст.

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология – **двама** кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- 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/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- Спешно интервенционално лечение (балонна атриосептостомия по Рашкинд) при новородени с изолирана транспозиция на големите артерии.
- Интервенционално лечение (балонна ангиопластика, перикардна пункция, балонна атриосептостомия по Рашкинд, перкутанна балонна ангио/валвуло/пластика, емболизация на абнормни съдове, затваряне на вътресърдечни комуникации) при вродени сърдечни малформации.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ

ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Интервенционалното лечение на вродени сърдечни малформации включва балонна ангиопластика/валвулопластика, затваряне на персистиращ дуктус артериозус и други аномални съдови комуникации.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна ангиопластика (РТА), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач се въвежда балонен катетър в съответния съд и се позиционира на мястото на стеснението. След това балонът се раздува, при което се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на съдовете се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

Балонна ангиопластика при клапна пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на срастването на платната на стенотичната клапа.

Затваряне на други аномални съдови комуникации

Тези интервенции се извършват също след диагностично инвазивно изследване при същите условия, но контролът на манипулацията е двоен – флуороскопски и ехографски чрез трансезофагеална ехокардиография. След сондиране на съществуващата комуникация през специален интродюсер се поставя затварящото или емболизиращо устройство, което се монтира така, че да затвори аномалната комуникация.

Интензивно лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- след проведените изследвания и/или проведеното интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място;
- стабилна хемодинамика;
- екстубиран пациент с трайно спонтанно дишане..

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или детска кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна детска кардиология" или "Инвазивна кардиология; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД ☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов ☐ друг (опиши)

СЧ: /мин АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /PM):

☐ нормален ☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване

Назначена дата за контролен преглед:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Обща стойност:							

дата на изписване:

ден

месец

година

Директор на лечебното заведение:
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ:
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на остро нарушението ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му.

Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяване на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА АТРИОСЕПТОСТОМИЯ (БАСС)

БАСС е интервенционална процедура, която се прилага по спешност при новородени в критично състояние и с несъвместими с живота ВСМ - при липса на връзка между двете предсърдия. Същността на манипулацията е създаване на такава връзка.

Новороденото се интубира и диша с помощта на апарат. През вена на крачето се въвежда специален балонен катетър, който след позициониране в лявото предсърдие се раздува и при издърпването му през предсърдната преграда последната се разкъсва. Рисковете от тази манипулация са минимални. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи може да наложи кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работа с катетрите в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашат живота на новороденото. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечната кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил интервенцията.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетър. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция и свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце - бял дроб и възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопatii, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести, трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере” обратно в катетъра, ще се наложи оперативното му отстраняване като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му, е същата която се използва в сърдечната хипургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 23 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ
КП № 23.2 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ
ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ
 Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Сърдечна катетеризация	
<i>Включва:</i>	измерване на сърдечен дебит контраст разширителни криви стрес тест с физическо натоварване флуороскопия оксиметрия детекция на шънт
<i>Не включва:</i>	при коронарна ангиография (38218 [668])
38200-00	Дясна сърдечна катетеризация
38203-00	Лява сърдечна катетеризация
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Електрофизиологични изследвания [EPS]	
38212-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра Тест с антиаритмични медикаменти Комплексно изследване на камерна тахикардия Индукция на камерна тахикардия Интраоперативно сърдечно мапиране <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
38209-00	Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра Изследване на: • атриовентрикуларна проводимост • функция на синусов възел • синкоп Обикновено изследване на камерна тахикардия <i>Не включва:</i> при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])
Друга ангиография	
59903-03	Аортография <i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])
Артериография	
59970-04	Друга артериография <i>Не включва:</i> такава с магнитен резонанс (90902 [1991]) такава на: • аорта (59903-03 [1990])

- мозъчен съд (59970-02 [1990])
- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])

такава на:

- аорта (59903-03 [1990])
- мозъчен съд (59970-02 [1990])
- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография

Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография

Ангиокардиография на:

- пулмонална клапа
- десни:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-00 Лева вентрикулография

Ангиокардиография на:

- аортна клапа
- леви:
 - предсърдие
 - камера (изходящ тракт)

59903-02 Лева и дясна вентрикулография

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на септум

38270-00 Перкутанна предсърдна септостомия

Предсърдна септостомия, трансвенозен метод чрез:

- балон
- по остър път

Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на аортна клапа

38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика

Включва: сърдечна катетеризация

Кодирай също когато е направен:

- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38270-03 Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на митрална клапа

38270-02 Перкутанна балонна митрална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направена:
 • клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Затваряне на персистиращ дуктус артериозус

Включва: клипсиране }
 отделяне } отворен дуктус артериозус
 лигиране }

38700-00 Перкутанно затваряне на перистиращ дуктус артериозус
Включва: с протеза или устройство

Затваряне на сърдечен колатерален съд

38700-02 Перкутанно затваряне на сърдечен колатерален съд

Транскастетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
 • балон
 • спирали
 • етанол
 • желатинова гъба
 • лепило
 • пластмасови частици
 катетеризация

35321-04 Транскастетърна емболизация на кръвоносни съдове, гръден кош

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
 такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
 • с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
 Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
 Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
 Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури (от които едната задължително е с код 13882-00 или 13882-01 или 13882-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**).

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 новородени деца с тежки цианотични вродени малформации (с МКБ код на диагноза Q20.1, Q20.3 и Q22.4), при които се налага първо извършване на спешна интервенционална процедура (код 38270-00) и след това радикална операция на отворено сърце, се отчитат и заплащат и двете клинични пътеки - № 23 и кардиохирургичната.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;

- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

НЗОК заплаща за до 20 случая в рамките на една календарна година медицински изделия от групите „Устройства за запушване на абнормални съдови комуникации“ и „Устройства за затваряне на артериален канал“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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.

Задължителни звена / медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)
7. Клиника/отделение по детска кардиохирургия – за лица до 18 год.възраст.

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- лекар/и със специалност по детска кардиохирургия;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- Спешно интервенционално лечение (балонна атриосептостомия по Рашкинд) при новородени с изолирана транспозиция на големите артерии.
- Интервенционално лечение (балонна ангиопластика, перикардна пункция, балонна атриосептостомия по Рашкинд, перкутанна балонна ангио/валвуло/пластика, емболизация на абнормни съдове, затваряне на вътресърдечни комуникации) при вродени сърдечни малформации.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Интервенционалното лечение на вродени сърдечни малформации включва балонна ангиопластика/валвулопластика, затваряне на персистиращ дуктус артериозус и други аномални съдови комуникации.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна ангиопластика (РТА), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач се въвежда балонен катетър в съответния съд и се позиционира на мястото на стеснението. След това балонът се раздува, при което се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на съдовете се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

Балонна ангиопластика при клапна пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на срастването на платната на стенотичната клапа.

Затваряне на други аномални съдови комуникации

Тези интервенции се извършват също след диагностично инвазивно изследване при същите условия, но контролът на манипулацията е двоен – флуороскопски и ехографски чрез трансезофагеална ехокардиография. След сондиране на съществуващата комуникация през специален интродюсер се поставя затварящото или емболизиращо устройство, което се монтира така, че да затвори аномалната комуникация.

Интензивно лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

4. 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- след проведените изследвания и/или проведеното интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място;
- стабилна хемодинамика;
- екстубиран пациент с трайно спонтанно дишане..

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или детска кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна

детска кардиология” или “Инвазивна кардиология; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД ☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов ☐ друг (опиши)

СЧ: /мин АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален ☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване

Назначена дата за контролен преглед:

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Обща стойност:							

дата на изписване:

ден

месец

година

Директор на лечебното заведение:
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ:
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопatii. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на остро нарушението ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му.

Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяване на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА АТРИОСЕПТОСТОМИЯ (БАСС)

БАСС е интервенционална процедура, която се прилага по спешност при новородени в критично състояние и с несъвместими с живота ВСМ - при липса на връзка между двете предсърдия. Същността на манипулацията е създаване на такава връзка.

Новороденото се интубира и диша с помощта на апарат. През вена на крачето се въвежда специален балонен катетър, който след позициониране в лявото предсърдие се раздува и при издърпването му през предсърдната преграда последната се разкъсва. Рисковете от тази манипулация са минимални. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи може да наложи кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работа с катетрите в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашат живота на новороденото. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечната кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил интервенцията.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетър. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция и свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце - бял дроб и възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортопулмонални колатерали при комплексни кардиопатии, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести, трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере“ обратно в катетъра, ще се наложи оперативното му отстраняване като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му, е същата която се използва в сърдечната хипургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 24 ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕКСТРАКРАНИАЛНИ СЪДОВЕ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Компютърна томография на мозък	
Компютърна томография на глава БДУ <i>Не включва:</i> компютърна томография: <ul style="list-style-type: none">• при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none">• гръден кош (57001, 57007 [1957])<ul style="list-style-type: none">• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])• питуитарнаямка (56010-02, 56010-03 [1953])	
56001-00	Компютърна томография на мозък
56007-00	Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
59903-03	Аортография <i>Не включва:</i> тази с дигитална субтракционнаангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])
Ултразвук на глава или шия	
55028-00	Ултразвук на глава Ехоенцефалография <i>Не включва:</i> феталнацефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
55032-00	Ултразвук на шия <i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])
Ултразвук на сърце	
Ехокардиография <i>Включва:</i> такъв изпълнен: <ul style="list-style-type: none">• използвайки:<ul style="list-style-type: none">• 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	Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък

<i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])	
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-00	Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Транслуменна балонна ангиопластика	
<i>Не включва:</i> периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])	
35309-06	Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика, един стент <i>Не включва:</i> такава при каротидна артерия (35307-00 [754])
35309-07	Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика, много стентове <i>Не включва:</i> такава при каротидна артерия (35307-01 [754])
35307-00	Перкутаннатранслуменнаангиопластика на една каротидна артерия, един стент <i>Включва:</i> използване на устройство за емболна протекция
35307-01	Перкутаннатранслуменнаангиопластика на една каротидна артерия, много стентове <i>Включва:</i> използване на устройство за емболна протекция
Транслуменна балонна ангиопластика	
<i>Не включва:</i> периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])	
35303-06	Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика Корекция } стеноза на артериовенозна фистула Ревизия } чрез перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

За некоронарни съдови сектори - от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“ при необходимост и по преценка, на един пациент (ЗОЛ) могат да

бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща до четири протезни материала едноактно и не повече от осем в рамките на една календарна година.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Нервни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести", от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена са в съответствие с изискванията на медицински стандарти по „Кардиология“, „Нервни болести“ и „Съдова хирургия“.

1. 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.

Задължителни звена / медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по съдова хирургия или

Клиника/отделение по нервни болести
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивнокардиологично лечение или Детскасърдечна реанимация
4. Клиничналаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика – рентгенов апарат, ултразвуковдоплер, ангиограф
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)
7. Кабинет за доплерова сонография

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. Клиника/отделение по съдова хирургия
3. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
4. Лаборатория (отделение) по клинична патология
5. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

Или

в клиника/отделение по инвазивна кардиология – двама, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

или

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;

- в клиника/отделение по съдова хирургия – в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет;

- в клиника/отделение по нервни болести – четирима със специалност по нервни болести;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология– четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часово непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- За клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия/ съдова хирургия (а когато тя не е разположена на територията

на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, задължително – 90 минути).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и ендоваскуларно лечение при пациенти със:

- стенотичноооклузивни артериални заболявания на екстракраниалните артерии с клинични прояви на мозъчно-съдова болест;
- абнормално (аневризмално) разширени артериални съдове;
- травматична лезия на артериални съдове;
- вродени аномалии на артериални и венозни съдове;
- стенотичноооклузивни състояния на екстракраниалните съдове след извършени съдово-реконструктивни интервенции;
- абнормални комуникации на артериите след извършени съдово-реконструктивни интервенции;
- запушване и стеноза на предмозъчните артерии.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ИНДИКАЦИИ ЗА АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРАНЕ НА КАРОТИДНИ АРТЕРИИ:

1. Каротиднистенози над 50% при симптоматични пациенти (NASCET).
2. Каротиднистенози над 70% при асимптоматични пациенти (NASCET) с:
 - оклузия на контралатералната ICA;
 - мултиплени съдови стенози;
 - комбинирани стенози (ССАи ICA);
 - постоперативни стенози на каротидните съдове;
 - каротиднистенози при фибромускулнадисплазия, артериити /Takayasu/;
 - предстояща голяма оперативна интервенция;
 - нарастване на стенозата над 15% за период от 6 месеца.
3. Високостепенни каротиднистенози (IV-ти стадий) с рецидивиращи транзиторни исхемични атаки, когато инфарктният участък е ограничен.
4. Стенози на ЕСА са обект на интервенционална терапия само при симптоматични и пациенти с оклузия на ипсилатералната ICA.

ПРЕПОРЪЧИТЕЛНО Е ИЗГОТВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН ПРОТОКОЛ ЗА АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРАНЕ НА КАРОТИДНИ АРТЕРИИ, КОЙТО ВКЛЮЧВА:

Премедикация:

Антиагреганти

Препроцедура:

1. Неврологичен статус (определяне риска от инсулт по N.I.H.).
2. CT/ MRI.
3. Кардиологичен статус.
4. Добро хидратиране.

Поставяне на стент РТА:

1. Да не се приемат седативни медикаменти в деня на процедурата.
2. Извършва се само една процедура.
3. Задължителна ангиография на аортна дъга и четирите съда (желателно е да е направена преди манипулацията).
4. Използване на система за дистална съдова протекция.
5. Еностранно поставяне на стент.
6. По време на манипулацията инфузионноманитол – 250 мл до 1 час.
Вазодилататор, атропин при брадикардия – 1 мг.
7. Постоянен контрол на ЕКГ и артериално налягане.
8. Постоянен контрол на неврологичното състояние и на контралатералната ръка.

КЛИНИЧЕН ПРОТОКОЛ
(ПРИ ИЗПИСВАНЕ)

Неврологичен статус.

Доплер на каротидни артерии.

Антиагреганти.

Клинично проследяване на 1-ви, 6-ти месец, 1 година.

Контролен Доплер на 1-ви, 6-ти месец, 1 година.

Особености в протичането на преходните нарушения на мозъчното кръвообращение

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- транзиторна исхемична атака (ТИА);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза, рисковите фактори и тежестта на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценка на степента на стенозата/стенозите на екстракраниалните мозъчни артерии.

В хода на мозъчно-съдовото заболяване (в случая ТИА) даден пациент може да премине от една към друга степен на тежест и съответно на това се променят видът на лечебното отделение и времето за болничен престой. При наличието на допълнително соматично заболяване състоянието на всеки пациент с ТИА може допълнително да се утежни.

Най – голямо значение в крайното решение имат следните **индикации**:

- симптоматична каротидна стеноза (високостепенна >70%) със церебрални/ретинални ТИА или лек/обратим исхемичен инсулт през последните няколко месеца;
- симптоматична каротидна стеноза (умерена 50%-70%) със или без улцерации, резистентна на медикаментозно лечение;
- асимптомни каротидни стенози >70% при нискорискови пациенти, от 70 - 90%

при налична контралатерална каротидна тромбоза или предстояща коронарна или периферно - съдова реконструктивна операция (мултифокална атеросклероза);

- асимптомни каротидни стенози >90%;
- персистиращ форамен овале.

Специфичното лечение при болните с ТИА включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени за профилактика от развитие на исхемични мозъчни инсулти. Медикаментозното лечение на ТИА включва използване на медикаменти, самостоятелно или в комбинация в извънболнични и болнични условия за лечение и провеждане на първична и/или вторична профилактика при ТИА:

- тромбоцитни антиагреганти.

При непоносимост, развитие на странични ефекти или неповлияване при по-младите възрастови групи прекарвали ТИА или ИМИ със захарен диабет, коронарен байпас, патология на екстракраниалните магистрални съдове, тежка атероматоза и др. се изписва след етапна епикриза от болницата:

- индиректен перорален антикоагулант, за първична и/или вторична профилактика при болни прекарвали ИМИ с хронично неревматично предсърдно мъждене, прекаран сърдечен инфаркт, ревматичен порок и др.

- Невропротекция.
- Антихиперлипидемични средства – статини.
- Лечение на когнитивните нарушения.
- Антихипертензивни и антиаритмични средства.

Медикаментозно лечение при ендоваскуларна перкутанна ангиопластика:

- медикаментозно лечение: тромбоцитни антиагреганти. Интрапроцедурно се прилагат 100000 Е Хепарин болус еднократно и 1 мг атропин и.в. непосредствено преди първата предилатация за профилактика на хипертонията и брадикардията.

Неспецифично лечение на ТИА (при необходимост и индикации):

- корекция на артериалното налягане – при диастолично налягане над 120 mmHg и/или систолично налягане над 220 mmHg;

- корекция на аритмии, сърдечна недостатъчност;
- противооточно лечение;
- профилактика на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулярни хепарини;
- аналгетици;
- седация и антиепилептични мерки;
- хидратация с водно-солеви разтвори;
- кислородолечение при SaO₂ <90%;
- инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция;
- реанимационни мерки при усложнения.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания и лечебни процедури.

4. 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- след проведените изследвания и/или проведеното интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение;
- стабилна хемодинамика.

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

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология";; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. Извършената ангиографска, инвазивна процедура се записва на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ		ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:	
<input type="checkbox"/> РЗОК №. <input type="checkbox"/> здравен район	<input type="checkbox"/> ЕГН (ЛНЧ) на пациента	<input type="checkbox"/> договор с НЗОК	<input type="checkbox"/> РЗОК №. <input type="checkbox"/> здравен район
<input type="checkbox"/> Пол м/ж		<input type="checkbox"/> регистрационен номер на лечебното заведение	
Идентификационен номер		<input type="checkbox"/> УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ	
<input type="checkbox"/> ЕГН	<input type="checkbox"/> ЛНЧ	име на лечебното заведение	
дата на раждане <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		име и фамилия на лекаря	
<input type="checkbox"/> ССН	<input type="checkbox"/> гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)		
код на държава <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
име, презиме и фамилия по лична карта			
Адрес: гр.(с) ул. №			
ж.к. бл. вх. тел.			

Клинична пътека	№. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Амбулаторна процедура	№. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Клинична процедура	№. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Диагноза:	МКБ10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
дата на приемане:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ИЗ: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ден месец година номер година	
дата на операцията:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Пациент:	

ден		месец		година		(подпис)																	
КОД НЗОК	Код проце- дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ																
Обща стойност:																							
дата на изписване: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">ден</td><td colspan="2">месец</td><td colspan="4">година</td></tr></table>																ден		месец		година			
ден		месец		година																			
Директор на лечебното заведение:				Лекар, вложил МИ:																			
подпис и печат на лечебното заведение				фамилия, подпис																			

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

СТЕНТИРАНЕ НА ЕКСТРАКРАНИАЛНИ МОЗЪЧНИ СЪДОВЕ

Балонната ангиопластика и стентирание на стеснена или запушена каротидна, вертебрална артерия или техен клон, се извършва с цел възстановяване проходимостта на съответната артерия. Тя се осъществява при ясно съзнание на пациента, с местна анестезия, чрез пункция на артерия на крака (бедрената артерия) или на ръката (радиалната или брахиалната артерия), след което чрез специален катетър в мозъчната артерия се въвежда по водач филтърно устройство, което предпазва мозъчната тъкан от дистална емболизация на частици (микрочастици) от мястото на стеснението. Впоследствие, ако е необходимо, стеснението начално се дилатира (разширява) чрез раздуване на балон.

След предилатацията се имплантира стент (малка мрежеста метална тръбичка), която запазва проходимостта на отворената артерия. След имплантирането на стента във вече

отворената артерия, от съдовата система и тялото на пациента се отстранява филтърното устройство заедно с уловените от него микрочастици.

Основното предимство на стентирането на мозъчни съдове е избягването на хирургичната интервенция и свързаните с нея: обща анестезия, по-дълъг болничен престой и наличието на cicatricis (белег) върху кожата. Тя е успешна в около и над 95% от случаите, в зависимост от вида на стеснението.

По-нататъшното лечение включва лекарства, които намаляват слепването на тромбоцитите (антиагреганти), като приемът на клопидогрел е задължителен при поставен стент за минимум 3 месеца след процедурата, и е препоръчителен за поне 6 месеца, заедно с аспирин, който се продължава за цял живот.

Вашата подготовка за мозъчно-съдова интервенция включва:

- отстраняване на окосмяването в областта на слабините (при достъп през бедрената артерия) или на предмишницата (при достъп през радиалната артерия);
- в деня на процедурата не трябва да закусвате;
- 48 часа преди процедурата трябва да преустановите лечението с индиректни антикоагуланти.

Допълнителна информация за коронарната интервенция може да получите от лекуващия Ви екип.

КП № 25 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕСТАБИЛНА ФОРМА НА АНГИНА ПЕКТОРИС С ИНВАЗИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Минимален болничен престой - 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Стенокардия

I20.0 Нестабилна стенокардия

Стенокардия:

- кресчендо
- новопоявила се при усилие
- влошаваща се при усилие

Интермедиерен коронарен синдром

Прединфарктен синдром

I20.1 Стенокардия с документиран спазъм

Стенокардия:

- ангиоспастична
- на Prinzmetal
- причинена от спазъм
- вариантна

I20.9 Стенокардия, неуточнена

Стенокардия:

- БДУ
- сърдечна

Стенокарден синдром

Ишемична гръдна болка

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен като остър или с установена продължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началото

Не включва: някои тежки усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—)
инфаркт на миокарда:

- стар (I25.2)
- уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началото (I25.8)
- повторен (I22.—)
постинфарктен миокарден синдром (I24.1)

I21.4 Остър субендокарден инфаркт на миокарда

Нетрансмурален инфаркт на миокарда БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00	Лява сърдечна катетеризация
38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Друга ангиография	
59718-00	Флебография Венография <i>Не включва:</i> такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])
Процедури за изследване на камера	
59903-01	Дясна вентрикулография Ангиокардиография на: • пулмонална клапа • десни: • предсърдие • камера (изходящ тракт)
59903-00	Лява вентрикулография Ангиокардиография на: • аортна клапа • леви: • предсърдие • камера (изходящ тракт)
59903-02	Лява и дясна вентрикулография
Коронарна ангиография	
<i>Кодирай също когато е направена:</i> • аортография (59903-03 [1990]) • вентрикулография (59903 [607]) 38215-00 Коронарна ангиография	
Коронарна ангиография	
<i>Кодирай също когато е направена:</i> • аортография (59903-03 [1990]) • вентрикулография (59903 [607]) 38215-00 Коронарна ангиография	
Ултразвук на сърце	
Ехокардиография <i>Включва:</i> 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	Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
минимум три от следните медико-диагностични изследвания:	

Електролити
 МВ фракция
 Тропонин I - количествено изследване
 Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди

1924 Биохимична изследвания

91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-21	Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол
91910-22	Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

91911-01	Изследване на МВ фракция на креатинкиназа
91911-02	Количествено изследване на тропонин I

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00	Перкутанно поставяне на интрааортнабалонна помпа
----------	--

Приложение на фармакотерапия

96199-11	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-11	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-10	<p>Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 три основни диагностични (като един от кодовете за коронарна ангиография от 59903-01, 59903-00, 59903-02 и 38215-00 включително е задължителен) и две основни терапевтични процедури, **посочени в таблица Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, , като същевременно следва да бъде изпълнено условието „Включва минимум три от следните медико-диагностични изследвания: Електролити, МВ фракция, Тропонин I - количествено изследване, Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди.

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 нестабилна стенокардия задължително се изследват СРК-МВ и количествено изследване на тропонин в рамките на оценка на риска.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

При насочване за спешно кардиохирургично лечение с престой до 1 ден – случаите подлежат на проверка.

Извършва се оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща СТ-сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

Извършва се инвазивна диагностика на болни с нестабилна ангина пекторис (НАП) и установен висок и умерен риск.

Извършва се оценка на терапевтичните алтернативи и решение за консервативно или интервенционално лечение, като при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение пациентът се насочва за оперативна реваскуларизация.

За последващо лечение пациентът се консултира от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, като за спешни пациенти това се прави непосредствено преди изписването и задължително се отразява в ИЗ. Съответното обсъждане/съгласуване с участниците може да се извършва и дистанционно.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

1. 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.

Задължителни звена / медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол.
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтермониторирание)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1,2,3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология –**четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология –двама кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- 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/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**. Лечебното заведение, което осигурява в тези случаи може да е на територията на друга РЗОК.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

Осигуряването на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и консервативно лечение при болни със:

- акселерирала стабилна стенокардия;
- новопоявила се стенокардия в покой;
- болни със съмнение за остър коронарен синдром.

2. Оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща СТ-сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

3. Инвазивна диагностика на болни с нестабилна ангина пекторис (НАП) и установен висок и умерен риск.

4. Оценка на терапевтичните алтернативи и решение за консервативно или интервенционално лечение, като при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение пациентът се насочва за оперативна реваскуларизация.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-та минута от началото на хоспитализацията. Ехокардиография се извършва до 12-ия час 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.

Специфични за наличието на нестабилна стенокардия са следните ЕКГ-ски промени, придружаващи болката:

- динамична депресия на ST –сегмент, по-голяма от 1 мм в две и повече съседни отвеждания;
- инверсия на Т-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;
- преходен бедрен блок (ЛББ).

До 24-ия час задължително се прави **оценка на риска*** от клиничното протичане на заболяването и данните от неинвазивните лабораторни изследвания. По-нататъшното терапевтично поведение се определя от оценката на риска. При неизвършена такава оценка, клиничната пътека не се счита за завършена.

***Оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром - прави се в първите 24 часа според GRACE скала:**

http://www.outcomes-umassmed.org/grace/acs_risk/acs_risk_content.html

Разпечатката от интернет страницата се прилага в ИЗ, а оценката на риска **като степен се отразява** в епикризата, съгласно следните таблици:

Риск от болнична смъртност при пациенти с нестабилна ангина и ОКС без персистираща ST-сегмент елевация, съгласно GRACE скала

нисък риск	1-108 т.	< 1 %
умерен риск	109 – 140 т.	1-3 %
висок риск	> 140 т.	> 3 %

Риск от болнична смъртност при пациенти с ОКС, с персистираща ST-сегмент елевация, съгласно GRACE скала

нисък риск	49-125 т.	< 2%
умерен риск	126 – 154 т.	2-5 %
висок риск	> 155 т.	> 5 %

Болните с нестабилна стенокардия с висок и умерен риск се хоспитализират спешно и се започва консервативно лечение, както при остър коронарен синдром.

При болни с НАП и висок и умерен риск се провежда задължително селективна коронарна ангиография и при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение се насочват за оперативна реваскуларизация.

При наличие на допълнителен рисков фактор като рецидив на ангина или миокардна исхемия, повишаване и последващо понижаване на тропонин, захарен диабет, предшестваща коронарна реваскуларизация, високорискова камерна аритмия, GFR под 60 мл/мин/1,73 кв.м., ЛК ФИ под 40%, независимо от оценката по GRACE скалата, може да се проведе селективна коронарна ангиография и при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение тези болни се насочват за оперативна реваскуларизация.

Консервативната терапия при болни с нестабилна ангина пекторис с висок и умерен риск се провежда с нитропрепарати, бетаблокери, антиагреганти, антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулен хепарин и др.), ACE инхибитори, калциеви антагонисти, статини – (интензивна доза), обезболяващи медикаменти (опиати).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, електрокардиограма, лабораторните изследвания (СК, СК-МВ, тропонин, липидограма), ехокардиографията, СКАГ.

4. 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:

- определена терапевтична стратегия;
- липса на белези за миокардна исхемия в продължение на поне 24 часа;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по 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.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация, с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология”; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: ☐☐☐/мин

АН: ☐☐☐/☐☐☐

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

**НЕСТАБИЛНА АНГИНА ПЕКТОРИС – КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ, АНГИОГРАФИЯ И
КОРОНАРНА ИНТЕРВЕНЦИЯ**

Нестабилната ангина се проявява най-често като гръдни болки (тежест, парене, притискане), които са непредвидими, обикновено настъпват в покой и са значително по-тежки от тези при стабилната ангина. Непредвидими са, защото оплакванията обикновено не се провокират от физическо усилие или стрес (за разлика от стабилната ангина), по-чести са, по-тежки са и най-често настъпват в покой. Това състояние се дължи на различни промени в коронарните артерии – възпалена “активирана” атеросклеротична плака, тромб, коронарен артериален спазъм или комбинация от изброените причини и има значително по-лоша прогноза от стабилната стенокардия.

Диагнозата се поставя по оплакванията и състоянието на пациента, серийно проследяване на ЕКГ и лабораторни изследвания. Разликата между малък миокарден инфаркт и нестабилна ангина е в положителните лабораторни проби за миокарданекроза, които също се проследяват във времето. Лечението обикновено е в болница с венозни медикаменти, които противодействат на свръхактивираната система на съсирване (антикоагуланти), антиагреганти (аспирин и др), обезболяващи, нитроглицерин и т.н.

В понятието “нестабилна стенокардия” се включват различни по прогноза и риск пациенти. Факторите, които определят по-висок риск от смърт и усложнено протичане на заболяването включват често рецидивирани гръдни болки в покой, особено в съчетание с промени в електрокардиограмата, съпътстващи прояви на сърдечна недостатъчност или нарушения на сърдечния ритъм, положителни лабораторни изследвания (сърдечен тропонин и други маркери за риск).

Пациентите без посочените рискови фактори са с нисък риск и се нуждаят само от медикаментозно лечение. При тези болни, след трайно обезболяване и стабилизиране, се прави велоергометричен тест преди изписването от болница. Въз основа на резултата от теста се преценява по-нататъшното поведение – лечение с медикаменти в дома под контрол на личен лекар и кардиолог или насочване към високо специализирана болница за коронарография и реваскуларизация.

Високо рисковите болни се лекуват интензивно с венозни медикаменти и прогнозата при тях се подобрява от възстановяване на нормалния кръвоток в коронарните артерии (реваскуларизация). За да се постигне реваскуларизация се прави диагностична коронарография – през артерия на ръката или крака в коронарните артерии се вкарват специални катетри под рентгенов контрол и се впръсква контрастна материя (получава се цветна снимка на коронарните артерии – артериалната система, която кръвоснабдява сърцето).

След установяване на коронарната анатомия се определя метода на реваскуларизация – интервенционален или оперативен (аортокоронарен бай-пас).

Интервенционалният метод на коронарна реваскуларизация включва балоннадилатация (разширяване) на коронарното стеснение с интракоронарен балонен катетър, като понякога се поставя и интракоронарен стент (метална мрежичка, която поддържа проходимостта на съда). След интервенционална коронарна процедура е задължително продължителното антиагрегантно лечение – аспирин за цял живот и по препоръка на лекуващия кардиолог и втори антиагрегант (най-често клопидогрел).

Оперативната реваскуларизация се прави чрез поставяне на коронарен бай-пас по хирургичен път – подробна информация може да получите от лекуващия лекар.

След изписване от болница, независимо от начина на лечение на нестабилната ангина, е наложително да съобразите начина си на живот с препоръките, които ще Ви бъдат дадени от лекуващия екип – съответна диета, двигателен режим, редовно медикаментозно лечение, строг контрол на т.нар. рискови фактори – артериална хипертония, захарен диабет, дислипидемия, затлъстяване и др. Лечението Ви в амбулаторни условия ще се провежда от Вашия личен лекар и кардиолог.

„Нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване“

Отчетен период (месец)				
1	2	3	4	5
ЕГН на пациенти по КП № 25, с извършена коронарография: кодове на процедури по МКБ 9КМ: 88.52; 88.53; 88.54; 88.55; 88.56; 88.57	Пациенти, преминали към КП № 26 или 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ, симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки
общо	общо	общо	общо	общо

Отчетът по КП 25 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (*колона 5*), е над 30% от общия брой пациенти с извършена коронарография (*колона 1*), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и в случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.

КП № 26 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕСТАБИЛНА ФОРМА НА АНГИНА ПЕКТОРИС С ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

Минимален болничен престой - 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ДИАГНОЗИ ПО МКБ 10

Стенокардия

I20.0 Нестабилна стенокардия

Стенокардия:

- кресчендо
- новопоявила се при усилие
- влошаваща се при усилие

Интермедиерен коронарен синдром

Прединфарктен синдром

I20.1 Стенокардия с документиран спазъм

Стенокардия:

- ангиоспастична
- на Prinzmetal
- причинена от спазъм
- вариантна

I20.9 Стенокардия, неуточнена

Стенокардия:

- БДУ
- сърдечна

Стенокарден синдром

Ишемична гръдна болка

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен като остър или с установена продължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началото

Не включва: някои текущи усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—) инфаркт на миокарда:

- стар (I25.2)
 - уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началото (I25.8)
 - повторен (I22.—)
- постинфарктен миокарден синдром (I24.1)

I21.4 Остър субендокарден инфаркт на миокарда

Нетрансмурален инфаркт на миокарда БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00	Дясна и лява сърдечна катетеризация
Друга ангиография	
59718-00	Флебография Венография <i>Не включва:</i> такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])
Процедури за изследване на камера	
59903-01	Дясна вентрикулография Ангиокардиография на: • пулмонална клапа • десни: • предсърдие • камера (изходящ тракт)
59903-00	Лява вентрикулография Ангиокардиография на: • аортна клапа • леви: • предсърдие • камера (изходящ тракт)
59903-02	Лява и дясна вентрикулография
Коронарна ангиография	
<i>Кодирай също когато е направена:</i> • аортография (59903-03 [1990]) • вентрикулография (59903 [607]) 38215-00 Коронарна ангиография	
Ултразвук на сърце	
Ехокардиография <i>Включва:</i> 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	Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време
55131-00	Интравакуларен ултразвук на сърце (IVUS)
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода минимум три от следните медико-диагностични изследвания:
1924 Биохимична изследвания	
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-21	Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол
91910-22	Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди

91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати
1934	Други лабораторни изследвания
91911-01	Изследване на MB фракция на креатинкиназа
91911-02	Количествено изследване на тропонин I
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Транслуменна коронарна ангиопластика	
<i>Кодирай също когато е направена:</i> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668]) <i>Не включва:</i> с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])	
38300-00	Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика на 1 коронарна артерия Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия
Ексцизни процедури на коронарни артерии	
<i>Кодирай също когато е направена:</i> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])	
38309-00	Перкутаннатранслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия <i>Включва:</i> балоннаангиопластика
Транслуменна коронарна ангиопластика	
<i>Кодирай също когато е направена:</i> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668]) <i>Не включва:</i> с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])	
38300-00	Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика на 1 коронарна артерия Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия
Ексцизни процедури на коронарни артерии	
<i>Кодирай също когато е направена:</i> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])	
38309-00	Перкутаннатранслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия <i>Включва:</i> балоннаангиопластика
Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация	
<i>Не включва:</i> нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])	
35317-00	Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуменна коронарна ангиопластика	
	<p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668]) <p><i>Не включва:</i> с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])</p>
38303-00	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на ≥ 2 коронарни артерии Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на $\square 2$ коронарни артерии
Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация	
	<p><i>Не включва:</i> нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])</p>
35317-00	Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия
Транслуминална коронарна ангиопластика със стентирание	
	<p>Транслуменнабалоннаангиопластика</p> <p><i>Включва:</i> балоннадилатация на артерия сът стент(ове) излъчващ медикамент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668]) <p><i>Не включва:</i> с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])</p>
38306-00	Перкутанно поставяне на 1 транслумененстент в една коронарна артерия Перкутанно имплантиране на 1 стент в една коронарна артерия
38306-01	Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменнистента в една коронарна артерия Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в една коронарна артерия
38306-02	Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменнистента в множество коронарни артерии Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в няколко коронарни артерии
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта	
38362-00	Перкутанно поставяне на интрааортнабалонна помпа
Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
	<p>Поставяне на временен ендокарденпейсмейкър</p> <p><i>Не включва:</i> изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода</p>
38256-00	Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие
38256-01	Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера
Приложение на фармакотерапия	
96199-11	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

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 (91910-20/ 91910-21/ 91910-22/ 91910-23/ 91910-28/ 91910-33/ 91910-34/ 91910-35/ 91911-01/ 91911-02), 11700-00, 55113-00, 55131-00 или 55118-00 и една от посочените интервенционални - 38203-00 или 38215-00) и две основни терапевтични процедури (задължително е една от процедурите да е коронарна интервенция - 38300-00 или 38309-00 или 35317-00 или 38303-00 или 38306-00 или 38306-01 или 38306-02), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, „Включва минимум три от следните медико-диагностични изследвания: Електролити, МВ фракция, Тропонин I - количествено изследване, Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди.

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 пациентите с кардиогенен шок се осъществява максимална реваскуларизация (многосъдова ПТКА със стентирание).

НЗОК заплаща за един ЗОЛ, в рамките на една календарна година, не повече от четири стента от подгрупа 4.1 „Коронарен стент“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, като стойността на стентовете е отделно от цената на пътеката.

Да се прецизира приложението на медицински изделия от подгрупите 4.1.3 и 4.1.4. само за пациенти, при които това е медицински обосновано, като се спазват индикациите за имплантирането им, както следва:

Индикациите за имплантиране на „бифуркационен“ стент от подгрупа 4.1.3 „Бифуркационни стентове“ са:

1) Стеснение на коронарна артерия, включващо изхода на голям клон с калибър над 2 мм, кръвоснабдяващ голяма зона на витален миокард.

2) Необходимо е да се документира в протокола диаметъра на страничния клон, който налага използване на бифуркационен стент и задължително да се изисква заснемане на 2 коронарни интервенционални водача поставени през бифуркационната лезия във филма на пациента.

Индикациите за имплантиране на коронарен стент без полимер при пациенти с висок риск на кървене от подгрупата 4.1.4 „Стентове без полимер за пациенти с висок риск на кървене; конусовиден, наличен втори слой, блокиращ дисталната миграция на плака и тромб; резорбируеми“ са:

Използване на комбинация с антикоагулант след ПКИ (перкутанна коронарна интервенция).

Възраст ≥ 75 години.

Изходен хемоглобин $< 110\text{g/l}$ или документирана хемотрансфузия, в предходния на ПКИ месец.

Всеки документиран предшестваш хеморагичен инсулт.

Хоспитализация за остро кървене, в предходната ПКИ година.

Текуща химиотерапия.

Хронична бъбречна недостатъчност ($\text{eGFR} < 40\text{ml/min}$).

Тромбоцитопения ($\text{PLT} < 100\,000/\text{mm}^3$).

Тежка чернодробна болест дефинирана, като варици на хранопровода 2-3 ст., асцит, енцефалопатия или повишен билирубин.

За пациент с висок риск от кървене се приема такъв с наличие на поне 1 критерий.

При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код 38256-00 и 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.**

При нестабилна стенокардия задължително се изследват **СРК- МВ** и количествено изследване на тропонин за отдиференциране на инфаркт на миокарда.

В рамките на 30 дни от дехоспитализацията по предходната КП, в едно и също ЛЗБП, на едно ЗЗОЛ, когато се отчитат КП № 25 и КП № 26, НЗОК заплаща само КП № 26, при условие, че са спазени изискванията за завършена КП.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Извършва се оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща СТ сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

Извършва се инвазивна диагностика на болни с НАП и установен висок и умерен риск.

Извършва се оценка на терапевтичните алтернативи за консервативно и интервенционално лечение, при наличие на подходяща коронарна анатомия.

За последващо лечение пациентът се консултира от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, като за спешни пациенти това се прави непосредствено преди изписването и задължително се отразява в ИЗ. Съответното обсъждане/съгласуване с участниците може да се извършва и дистанционно .

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

1.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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

1. 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.

Задължителни звена /медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол.
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивнокардиологично лечение
4. Клиничналаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтермониторирание)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология“ задължителните звена по т. 1,2,3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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 и 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури, двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология – двама кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- 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/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала/катетеризационна лаборатория.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, 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**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

Осигуряването на 24-часова връзка и достъп с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и започване на консервативно лечение на болни с акселерирала стабилна стенокардия; новопоявила се стенокардия в покой; остър коронарен синдром без ST елевация, проявяващи се с болка и специфични за наличието на нестабилна стенокардия ЕКГ-ски промени, придружаващи болката:

- динамична депресия на ST сегмент, по-голяма от 1 мм в две и повече съседни отвеждания;
- инверсия на Т-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;
- преходен бедрен блок (ЛББ).

2. Оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща ST сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

3. Инвазивна диагностика на болни с НАП и установен висок и умерен риск.

4. Оценка на терапевтичните алтернативи за консервативно и интервенционално лечение, при наличие на подходяща коронарна анатомия.

5. Осигуряване на 24-часова връзка и достъп с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6-ия час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-та минута от началото на хоспитализацията. Ехокардиография се извършва до 12-ия час 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.

Специфични за наличието на нестабилна стенокардия са следните ЕКГ-ски промени, придружаващи болката:

- динамична депресия на ST –сегмент, по-голяма от 1 мм в две и повече съседни отвеждания;
- инверсия на Т-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;
- преходен бедрен блок (ЛББ).

До 24-ия час задължително се прави **оценка на риска*** от клиничното протичане на заболяването и данните от неинвазивните лабораторни изследвания. По-нататъшното терапевтично поведение се определя от оценката на риска. При неизвършена такава оценка, клиничната пътека не се счита за завършена.

***Оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром - прави се в първите 24 часа според GRACE скала:**

http://www.outcomes-umassmed.org/grace/acs_risk/acs_risk_content.html

Разпечатката от интернет страницата се прилага в ИЗ, а оценката на риска **като степен се отразява** в епикризата, съгласно следните таблици:

Риск от болнична смъртност при пациенти с нестабилна ангина и ОКС без персистираща ST-сегмент елевация, съгласно GRACE скала

нисък риск	1-108 т.	< 1 %
умерен риск	109 – 140 т.	1-3 %
висок риск	> 140 т.	> 3 %

Оценката на риска от клиничното протичане на заболяването и данните от неинвазивните лабораторни изследвания, която може да е извършена в друго ЛЗБП, задължително се отразява в ИЗ и епикризата.

Болните с нестабилна стенокардия с висок и умерен риск се хоспитализират спешно и се започва консервативно лечение, както при остър коронарен синдром.

При болни с НАП и висок и умерен риск се провежда задължително селективна коронарна ангиография и при подходяща коронарна анатомия се осъществява спешна интервенционална лечебна процедура.

При наличие на допълнителен рисков фактор като рецидив на ангина или миокардна исхемия, повишаване и последващо понижаване на тропонин, захарен диабет, предшестваща коронарна реваскуларизация, високорискова камерна аритмия, GFR под 60 мл/мин/1,73 кв.м., ЛК ФИ под 40%, независимо от оценката по GRACE скалата, може да се проведе селективна коронарна ангиография и при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение тези болни се насочват за оперативна реваскуларизация.

Консервативната терапия при болни с нестабилна ангина пекторис с висок и умерен риск се провежда с нитропрепарати, бета блокери, антиагреганти, антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулен хепарин и др.), АСЕ инхибитори, калциеви антагонисти, статини (интензивна доза), обезболяващи медикаменти (опиати).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, електрокардиограма, лабораторните изследвания (СК, СК-МВ, тропонин, липидограма), ехокардиографията, СКАГ.

4. 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:

- стабилно клинично състояние;
- овладяване на основните патологични симптоми, в т. ч. липса на белези за миокардна исхемия в продължение на 24 часа;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение.

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по 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.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация, с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно

наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

НЕСТАБИЛНА АНГИНА ПЕКТОРИС – КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ, АНГИОГРАФИЯ И КОРОНАРНА ИНТЕРВЕНЦИЯ

Нестабилната ангина се проявява най-често като гръдни болки (тежест, парене, притискане), които са непредвидими, обикновено настъпват в покой и са значително по-тежки от тези при стабилната ангина. Това състояние се дължи на различни промени в коронарните артерии – възпалена “активирана” атеросклеротична плака, тромб, коронарен артериален спазъм или комбинация от изброените причини и има значително по-лоша прогноза от стабилната стенокардия.

Диагнозата се поставя по оплакванията и състоянието на пациента, серийно проследяване на ЕКГ и лабораторни изследвания. Разликата между малък миокарден инфаркт и нестабилна ангина е в положителните лабораторни проби за миокарданекроза, които също се проследяват във времето. Лечението обикновено се провежда в болница, с венозни медикаменти, които противодействат на свръхактивираната система на съсирване (антикоагуланти), антиагреганти (аспирин и др.), обезболяващи, нитроглицерин и т.н.

В понятието “нестабилна стенокардия” се включват различни по прогноза и риск пациенти. Факторите, които определят по-висок риск от смърт и усложнено протичане на заболяването включват често рецидивиращи гръдни болки в покой, особено в съчетание с промени в електрокардиограмата, съпътстващи прояви на сърдечна недостатъчност или нарушения на сърдечния ритъм, положителни лабораторни изследвания (сърдечен тропонин и други маркери за риск).

Пациентите без посочените рискови фактори са с нисък риск и се нуждаят само от медикаментозно лечение. При тези болни, след трайно обезболяване и стабилизиране, се прави велоергометричен тест преди изписването от болница. Въз основа на резултата от теста се преценява по-нататъшното поведение – лечение с медикаменти в дома под контрол на личен лекар и кардиолог или насочване към високо специализирана болница за коронарография и реваскуларизация.

Високо рисковите болни се лекуват интензивно с венозни медикаменти и прогнозата при тях се подобрява от възстановяване на нормалния кръвоток в коронарните артерии (реваскуларизация). За да се постигне реваскуларизация се прави диагностична коронарография – през артерия на ръката или крака в коронарните артерии се вкарват специални катетри под рентгенов контрол и се впръсква контрастна материя (получава се цветна снимка на коронарните артерии – артериалната система, която кръвоснабдява сърцето).

След установяване на коронарната анатомия се определя метода на реваскуларизация – интервенционален или оперативен (аортокоронарен бай-пас).

Интервенционалният метод на коронарна реваскуларизация включва балоннадилатация (разширяване) на коронарното стеснение с интракоронарен балонен катетър, като понякога се поставя и интракоронарен стент (метална мрежичка, която поддържа проходимостта на съда). След интервенционална коронарна процедура е задължително продължителното антиагрегантно лечение – аспирин за цял живот и по препоръка на лекуващия кардиолог и втори антиагрегант (най-често клопидогрел).

Оперативната реваскуларизация се прави чрез поставяне на коронарен бай-пас по хирургичен път – подробна информация може да получите от лекуващия лекар.

След изписване от болница, независимо от начина на лечение на нестабилната ангина, е наложително да съобразите начина си на живот с препоръките, които ще Ви бъдат дадени от лекуващия екип – съответна диета, двигателен режим, редовно медикаментозно лечение, строг контрол на т.нар. рискови фактори – артериална хипертония, захарен диабет, дислипидемия, затлъстяване и др. Лечението Ви в амбулаторни условия ще се провежда от Вашия личен лекар и кардиолог.

КП № 27 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ С ФИБРИНОЛИТИК

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен като остър или с установена продължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началото му

Не включва: някои текущи усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—)
инфаркт на миокарда:
• стар (I25.2)
• уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началото му (I25.8)
• повторен (I22.—)
постинфарктен миокарден синдром (I24.1)

I21.0 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на предната стена

Трансмурален инфаркт (остър)(на):

- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I21.1 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на долната стена

Трансмурален инфаркт (остър)(на):

- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заднен

I21.2 Остър трансмурален инфаркт на миокарда с други уточнени локализации

Трансмурален инфаркт (остър):

- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

Повторен инфаркт на миокарда

Включва: рецидивиращ инфаркт на миокарда

Не включва: уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началото му (I25.8)

I22.0 Повторен инфаркт на миокарда на предната стена

Повторен инфаркт (остър)(на):

- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I22.1 Повторен инфаркт на миокарда на долната стена

Повторен инфаркт (остър)(на):

- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заднен

I22.8 Повторен инфаркт на миокарда с друга уточнена локализация

Повторен инфаркт на миокарда (остър):

- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**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

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания**Мониторинг на съдово налягане**

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92056-00 Мониторинг на сърдечен дебит или кръвен ток, неклассифицирано другаде

Включва следните медико-диагностични изследвания:Електролити
МВ фракция

Тропонин –I количествено изследване
Липидограма– LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди

1924 БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ

- 91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-21 Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол
91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-28 Креатинкиназа (КК)
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

- 91911-01 Изследване на MB фракция на креатинкиназа
91911-02 Количествено изследване на тропонин I

1934 Други лабораторни изследвания

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър

Не включва: 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

- 96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

- 96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath

	<ul style="list-style-type: none"> • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p style="text-align: center;"><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p style="text-align: center;"><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-11	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (от които задължително 91910-20/91910-21/91910-22/91910-23/91910-28/91910-33/91911-01/91911-02, 11700-00) и две основни терапевтични процедури (едната, от които е задължително 96199-01), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934– Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно се изпълнява изискването “Включва следните медико-диагностични изследвания: Електролити; МВ фракция; Тропонин –I количествено изследване; Липидограма– LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди”.

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 отчитане на направения фибринолитик 96199-01 в РЗОК се представя сериен номер на опаковката на лекарството и при проверка в ЛЗ, подлежи на контрол.

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, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура”.

Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната 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, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Извършва се конвенционална терапия, независимо от провежданата фибринолиза.

Извършва се проследяване на терапевтичния ефект от проведената фибринолиза и вземане на решение за терапевтично поведение - консервативно или интервенционално, и организиране на приема и транспорта на пациента за коронарна ангиография и реваскуларизация в първите 24 часа.

Извършва се клинична стабилизация на пациента, лечение на усложненията при хемодинамична нестабилност и рискове от транспорт в първите 24 часа.

Всички пациенти се насочват за спешно инвазивно изследване в друго лечебно заведение за ранна коронарна ангиография и/или интервенция и клиничната пътека се счита за завършена, ако няма противопоказания за транспортиране.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кардиология“.

1. 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 вътрешни болести
2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение по вътрешни болести или КАИЛ/ОАИЛ
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- минимален брой лекари – двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология;
- 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, притежаващ сертификат за базово ниво по ехокардиография

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки с останалите звена на клиниката/отделението по вътрешни болести и специално с отделението за интензивно лечение на вътрешните болести, както и с болничните структури или структури извън болницата по кардиология III-то ниво на компетентност, притежаваща звено за инвазивно (интервенционално) лечение, сърдечна и/или съдова хирургия - III-то ниво на компетентност, 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**. Договорът трябва да осигурява достъп на пациентите до такива специализирани звена (например препоръчително в рамките най-много на **120 минути** за пациенти с остър коронарен синдром със СТ елевация).

Осигуряването на 24-часова връзка с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на

компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Диагностика на пациенти със:

- сигурен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) с персистираща ST сегмент елевация с давност до 12-я час;
- суспектен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) с персистираща ST сегмент елевация с давност до 12-я час;
- сигурен или суспектен остър коронарен синдром и новопоявил се ляв бедрен блок с давност до 12-я час;
- ниска сърдечна честота, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни, са индицирани за временна кардиостимулация.

Б. Фибринолитично лечение при наличие на:

- давност на симптомите до 12-я час;
- продължителност на симптомите над 30 минути;
- ЕКГ данни за едно от следните показания:
 - ST елевация над 1 мм в поне 2 периферни отвеждания или 2 от прекордиалните отвеждания, V4-6;
 - ST елевация над 2 мм в поне две съседни прекордиални отвеждания, V1-3;
 - нововъзникнал ляв бедрен блок.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Конвенционална терапия, независимо от провежданата фибринолиза.

Проследяване на терапевтичния ефект от проведената фибринолиза и вземане на решение за терапевтично поведение - консервативно или интервенционално, и организиране на приема и транспорта на пациента за коронарна ангиография и реваскуларизация в първите 24 часа. – при неуспешна фибринолиза.

Клинична стабилизация на пациента, лечение на усложненията при хемодинамична нестабилност и рискове от транспорт в първите 24 часа.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6-ия час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-та минута от началото на хоспитализацията. Ехокардиография се извършва до 12-ия час от началото на хоспитализацията.

Контролни ЕКГ се извършват при приемането, на 30, 60, 90 и 120 минута след започване на фибринолитика и при изписването и насочването към друго ЛЗБП за спешна катетеризация и при при необходимост по време на престоя (след коронарна

интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения).

2.1. Начало на лечението, преди приложението на фибринолиза;

- Acidum acethylsalicylicum - ако болният не е приел;
- обезболяване;
- кислородотерапия;
- интравенозни нитрати;
- бета - блокери.

2.2. Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор

2.2.1. ФИБРИНОЛИЗА ПРИ ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ СЪС ST СЕГМЕНТ ЕЛЕВАЦИЯ

ПОКАЗАНИЯ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
1. До 12-ия час от началото на симптомите	1. Активен вътрешен кръвоизлив*
2. Продължителност на симптомите над 30 минути	2. Съмнение за аортна дисекция*
3. ЕКГ със: а) ST елевация над 1мм в поне 2 периферни отвеждания или 2 от прекордиалните отвеждания, V ₄₋₆ или б) ST елевация над 2 мм в поне две съседни прекордиални отвеждания, V ₁₋₃ или в/ нововъзникнал ЛББ	3. Предишен хеморагичен мозъчен инсулт, независимо от давността; други инсулти или мозъчно-съдови усложнения с давност до 6 месеца* 5. Известна интракраниална неоплазма* 5. Тежка неконтролирана артериална хипертония при представянето (АН $\geq 180/110$ mm Hg)** 6. Анамнеза за предшестващ мозъчно-съдов инцидент или известна интрацеребрална патология, непокриваща посочените горе противопоказания** 7. Прилагане на антикоагуланти в терапевтични дози (INR $\geq 2 - 3$), известна хеморагична диатеза** 8. Скорозна травма или дълготрайна (повече от 10 минути) кардиопулмонална ресусцитация, или голяма операция (до 3 седмици)** 9. Некомпресирана скорозна съдова пункция** 10. Скоросен (до 2-4 седмици) вътрешен кръвоизлив** 11. Бременност** 12. Активна пептична язва** 13. Анамнеза за хронична тежка хипертония**
Пациентът е подходящ за фибринолиза, ако отговаря ЕДНОВРЕМЕННО на т. 1, 2 и 3	Пациентът е неподходящ за фибринолиза, ако има поне едно от тези противопоказания

* **абсолютни** противопоказания

****релативни** противопоказания

ПОВЕДЕНИЕ	ИЗСЛЕДВАНИЯ
1. Ацетизал 250 - 500 мг, сдъвкан (освен, ако не е приел дозата в същия ден преди постъпването)	1. Проследяване на болката до 120-та минута
2. Фибринолитик венозно	2. ЕКГ – на 30, 60, 90 и 120-та минута от началото на инфузията с фибринолитик
3. Две периферни венозни линии	3. Ензими с КК-МВ – в началото и на 120-та минута от инфузията с фибринолитик

2. 3. Останалата (конвенционална) терапия, независимо от провеждането или не на фибринолиза, включва:

- нитропрепарати;

- бета блокери;
- антиагреганти (тромбоцитни антиагреганти);
- антикоагуланти (нефракциониран хепарин); нискомолекулярни хепарини;
- АСЕ инхибитори;
- калциеви антагонисти (без нифедипин) - при съответни индикации;
- статини/ фибрати;
- обезболяващи медикаменти (опиати и др.)

2. 4. Лечение според клиничното протичане – към конвенционалната терапия:

А) Нискодебитна сърдечна недостатъчност: кислород, катехоламини интравенозно, мониториране на хемодинамиката с плаващ катетър тип Swan-Ganz/при показания/, поставяне на интрааортна балонна помпа (при показания), преценка за инвазивна диагностика.

Б) Пълн AV блок – атропин, поставяне на временен венозен електрокардиостимулатор, при персистиране на проводните нарушения след 25-я ден – преценка за постоянен електрокардиостимулатор.

В) Застойна сърдечна недостатъчност – кислород, диуретици, АСЕ инхибитори, венозен нитрат, апаратна вентилация (при показания).

Г) Предсърдно мъждене - възстановяване на синусов ритъм с медикаменти или електрокардиоверсия, нефракциониран хепарин.

Д) Камерни аритмии - антиритъмна терапия или електрическа регуларизация.

Е) Рекурентна исхемия – нитрат (венозно или перорално), бета-блокер до постигане на бета-блокада, Са антагонист, нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин, преценка за инвазивна диагностика.

Ж) Пациенти с ниска сърдечна честота, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни са индицирани за временна кардиостимулация.

Стандартното лечение се продължава с антиагреганти, бета-блокери, АСЕ-инхибитори, статини/фибрати, нитрати при показания, нефракциониран хепарин (до 48-я час, след това само при определени болни).

Критерии за успешна фибринолиза – овладяване на болката, спад на ST елевацията с $\geq 50\%$ (като сума от елевацията във всички отвеждания в инфарктната зона), ранен пик на ензимите, повишаване на СК-МВ над 2 пъти на втория час след началото на фибринолизата.

Пациентите след проведена фибринолиза се изписват и насочват (в първите 24 часа) към друго ЛЗБП за инвазивно изследване и реваскуларизация. Насочването в друго ЛЗБП става с епикриза, в която са отразени индикациите за фибринолиза, вид и доза на фибринолитика, точни часове на начало и край на фибринолизата, усложнения от фибринолизата и/или от инфаркта, пълна информация за проведеното лечение (с часове и дози), резултатите от лабораторните изследвания или телефон за връзка ако не са получени до момента на изписването, с приложени серийни ЕКГ по време и след фибринолиза. Болният се изписва и насочва към друго ЛЗБП за спешна коронарна ангиография и реваскуларизация в стабилно хемодинамично състояние и със съответен транспорт (линейка с лекар, перфузори, дефибрилатор) след предварително обаждане в ЛЗБП, което ще приеме болния, което също се документира в епикризата.

Контролни клиничко- лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, електрокардиограмата, лабораторните и инструментални изследвания (СК, СК-МВ, ехокардиография).

4. 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 терапевтичния ефект от проведената фибринолиза;

- при успешна фибринолиза - овладяване на болката, спад на ST елевацията с $\geq 50\%$ (като сума от елевацията във всички отвеждания в инфарктната зона), ранен пик на ензимите, повишаване на СК-МВ над 2 пъти на втория час след началото на фибринолизата;
- при хемодинамична нестабилност и рискове от транспорта в първите 24 часа - осигурена клинична стабилизация на пациента и овладяване на усложненията.

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по 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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на

злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: ☐☐☐/мин

АН: ☐☐☐/☐☐☐

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

Клинична пътека №. .

Амбулаторна процедура №. .

Клинична процедура					№. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Диагноза:					МКБ10 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
дата на приемане: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		ИЗ: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
<small>ден</small>		<small>месец</small>		<small>година</small>		<small>номер</small>	
дата на операцията: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Пациент: <small>(подпис)</small>					
<small>ден</small>		<small>месец</small>		<small>година</small>			

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
Обща стойност:							

дата на изписване: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<small>ден</small>	<small>месец</small>	<small>година</small>

Директор на лечебното заведение: <small>подпис и печат на лечебното заведение</small>	Лекар, вложил МИ: <small>фамилия, подпис</small>
--	---

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ – ЛЕЧЕНИЕ С ФИБРИНОЛИТИК

Острият инфаркт на миокарда е животозастрашаващо състояние. Дължи се на запушване на артериален кръвоносен съд на сърцето (коронарна артерия) от тромб (съсирек). Тромбът обикновено се натрупва върху “активирана” атеросклеротична

плака. Когато кръвоснабдяването на част от сърцето се наруши, след запушения участък мускулът на сърцето умира и това е миокардният инфаркт. Колкото по-бързо се възстанови кръвоснабдяването, толкова по-малък е инфарктът и по-редки са усложненията му.

Целта на лечението е максимално бързо запушеният участък да стане проходим за кръвта. Най-добре е тази реканализация при остър миокарден инфаркт да бъде постигната в първите 12 часа от началото му (колкото по-рано, толкова по-добре) и когато в електрокардиограмата е налице СТ елевация. Това се постига в интензивно отделение с венозно приложени лекарства или с механично отпушване чрез интракоронарна процедура.

Лечението с фибринолитичен агент цели разбиване на тромба, който е запушил коронарната артерия и е причинил инфаркта. Това лечение е най-широко прилаганото третиране на острия инфаркт и е достъпно във всяка болница. В хода на фибринолизата могат да се получат някои аритмии, които посочват, че е възстановен кръвотока. Могат да се получат и някои усложнения, като кръвоизливи в различни системи на тялото, включително в мозъка, които да инвалидизират пациента. При спазени показания и противопоказания мозъчна хеморагия се получава изключително рядко. В първите няколко дни след фибринолиза се продължава лечението с венозни антикоагуланти (хепарин) при съответен лабораторен контрол.

Съществуват два вида фибринолитици – фибрин-специфични и фибрин-неспецифични. Фибрин-специфичните фибринолитици (тъканният активатор на плазминогена, рапилизин и др.) са получени по пътя на генното инженерство продукти от човешки клетки и действат само върху фибриногена в образуваните тромби, нискоалергенни са и са с кратък полуживот, което налага успоредното прилагане на хепарин или нискомолекулни хепарини за поне 48 часа.

Фибрин - неспецифичният фибринолитик стрептокиназа е препарат, получен от стрептококи, по-често дава алерични реакции, атакува както фибрина в образуваните тромби, така и фибриногена в системното кръвообращение, поради което дава продължителни отклонения в коагулационния статус, не изисква едновременно приложение на хепарин или нискомолекулен хепарин.

Когато са изминали повече от 12 часа от началото на инфаркта, когато в електрокардиограмата липсва СТ елевация, или когато са налице противопоказания за фибринолитична терапия, лечението се провежда с венозни лекарства в интензивно отделение, без да се прилага венозна фибринолиза.

Ако инфарктът е голям, той може да доведе до усложнения, които могат да застрашат живота на пациента – ритъмни и проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, рецидив на миокардна исхемия и болки в гърдите, разкъсване на миокард или на поддържащия апарат на митралната клапа. Лечението се извършва с активното съдействие на болния и спазване на всички инструкции, дадени от лекаря, сестрата и рехабилитатора. Престоят в болницата може да бъде удължен, когато се налагат допълнителни диагностични процедури и лечебни мерки.

Ако след инфаркта болките в гърдите продължат, може да се наложи сърдечна катетеризация, чрез която да се прецени дали да се извърши разширяване на артерия на сърцето или болния да бъде опериран – да се постави бай-пас.

След инфаркта трябва да се промени начина на живот (диетична храна, без тютюнопушене, подходящ двигателен режим, нормализиране на холестерола и кръвната захар) и непрекъснато да се приемат назначените лекарства, които намаляват вероятността от усложнения или друг инфаркт.

КП № 28 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ С ПЕРСИСТИРАЩА ЕЛЕВАЦИЯ НА ST-СЕГМЕНТ С ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен като остър или с установена продължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началото

Не включва: някоите усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—) инфаркт на миокарда:

- стар (I25.2)
- уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началото (I25.8)
- повторен (I22.—)

постинфарктен миокарден синдром (I24.1)

I21.0 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на предната стена

Трансмурален инфаркт (остър)(на):

- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I21.1 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на долната стена

Трансмурален инфаркт (остър)(на):

- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заднен

I21.2 Остър трансмурален инфаркт на миокарда с други уточнени локализации

Трансмурален инфаркт (остър):

- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

Повторен инфаркт на миокарда

Включва: рецидивиращ инфаркт на миокарда

Не включва: уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началото (I25.8)

I22.0 Повторен инфаркт на миокарда на предната стена

Повторен инфаркт (остър)(на):

- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I22.1 Повторен инфаркт на миокарда на долната стена

Повторен инфаркт (остър)(на):

- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заднен

I22.8 Повторен инфаркт на миокарда с друга уточнена локализация

Повторен инфаркт на миокарда (остър):

- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

R57.0 Кардиогенен шок**КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ****ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****Сърдечна катетеризация**

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

777 Други процедури на артерии и вени

30059-01 Тромбфрагментация и аспирация с аспирационен катетър

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-02	Лява и дясна вентрикулография
38215-00	Коронарна ангиография
Ултразвук на сърце	
	<p>Ехокардиография</p> <p><i>Включва:</i> такъв изпълнен:</p> <ul style="list-style-type: none"> • използвайки: <ul style="list-style-type: none"> • 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	Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време
Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]	
	<p><i>Включва:</i> интерпретация и доклад за записите анализ, базиран на микропроцесор</p> <p><i>Не включва:</i> такава с < 12 часа – пропусни кода</p>
11708-00	Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ]
	<i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане
Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
92056-00	<p>Мониторинг на сърдечен дебит или кръвен ток, неклассифицирано другаде</p> <p>Включва минимум три от следните медико-диагностични изследвания:</p> <p>Електролити</p> <p>МВ фракция</p> <p>Тропонин I - количествено изследване</p> <p>Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди</p>
1924 БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ	
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-21	Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол
91910-22	Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания	
91911-01	Изследване на MB фракция на креатинкиназа
91911-02	Количествено изследване на тропонин I
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Транслуменна коронарна ангиопластика	
<i>Кодирай също когато е направена:</i> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668]) <i>Не включва:</i> с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])	
38300-00	Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика на 1 коронарна артерия Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия
Ексцизни процедури на коронарни артерии	
<i>Кодирай също когато е направена:</i> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])	
38309-00	Перкутаннатранслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия <i>Включва:</i> балоннаангиопластика
Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация	
<i>Не включва:</i> нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])	
35317-00	Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия
Транслуменна коронарна ангиопластика	
<i>Кодирай също когато е направена:</i> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668]) <i>Не включва:</i> с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])	
38303-00	Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика на ≥ 2 коронарни артерии Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на $\square 2$ коронарни артерии
Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация	
<i>Не включва:</i> нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])	
35317-00	Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия
Транслуминална коронарна ангиопластика със стентиране	
Транслуменнабалоннаангиопластика <i>Включва:</i> балоннадилатация на артерия със стент(ове) излъчващ медикамент <i>Кодирай също когато е направена:</i>	

	<ul style="list-style-type: none"> • коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668]) <p><i>Не включва:</i> с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])</p>
38306-00	Перкутанно поставяне на 1 транслумененстент в една коронарна артерия Перкутанно имплантиране на 1 стент в една коронарна артерия
38306-01	Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменнистента в една коронарна артерия Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в една коронарна артерия
38306-02	Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменнистента в множество коронарни артерии Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в няколко коронарни артерии
Инцизионни процедури на миокард	
	<p><i>Кодирай също когато е направен:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
38650-03	Друга трансмиокарднареваскуларизация Трансмиокарднареваскуларизация: <ul style="list-style-type: none"> • перкутанна • торакоскопска
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта	
38362-00	Перкутанно поставяне на интрааортнабалонна помпа
Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор	
	<p>Поставяне на временен ендокарденпейсмейкър</p> <p><i>Не включва:</i> изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода</p>
38256-00	Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие
38256-01	Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера
Приложение на фармакотерапия	
96199-11	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-11	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-10	<p>Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (91910-20/91910-21/91910-22/91910-23/91910-28/91910-33/91911-01/91911-02), 11700-00, 55113-00 и 55118-00 и една от посочените интервенционални- 38203-00 или 30059-01 или 38215-00, и две основни терапевтични, като една от процедурите с коронарна интервенция е задължителна 38300-00 или 38309-00 или 35317-00 или 38303-00 или 38306-00 или 38306-01 или 38306-02 или 38650-03), от посочените в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно се изпълнява изискването “Включва минимум три от следните медико-диагностични изследвания: Електролити; МВ фракция; Тропонин I - количествено изследване; Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди”.

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 необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код 38256-00 и 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.

НЗОК заплаща за един ЗОЛ, в рамките на една календарна година, не повече от четири стента от подгрупа 4.1 „Коронарен стент“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, като стойността на стентовете е отделно от цената на пътеката.

Да се прецизира приложението на медицински изделия от подгрупите 4.1.3 и 4.1.4. само за пациенти, при които това е медицински обосновано, като се спазват индикациите за имплантирането им, както следва:

Индикациите за имплантиране на „бифуркационен“ стент от подгрупа 4.1.3 „Бифуркационни стентове“ са:

1) Стеснение на коронарна артерия, включващо изхода на голям клон с калибър над 2 мм, кръвоснабдяващ голяма зона на витален миокард.

2) Необходимо е да се документира в протокола диаметъра на страничния клон, който налага използване на бифуркационен стент и задължително да се изисква заснемане на 2 коронарни интервенционални водача поставени през бифуркационната лезия във филма на пациента.

Индикациите за имплантиране на коронарен стент без полимер при пациенти с висок риск на кървене от подгрупата 4.1.4 „Стентове без полимер за пациенти с висок риск на кървене; конусовиден, наличен втори слой, блокиращ дисталната миграция на плака и тромб; резорбируеми“ са:

Използване на комбинация с антикоагулант след ПКИ (перкутанна коронарна интервенция).

Възраст ≥ 75 години.

Изходен хемоглобин $< 110\text{g/l}$ или документирана хемотрансфузия, в предходния на ПКИ месец.

Всеки документиран предшестващ хеморагичен инсулт.

Хоспитализация за остро кървене, в предходната ПКИ година.

Текуща химиотерапия.

Хронична бъбречна недостатъчност ($\text{eGFR} < 40\text{ml/min}$).

Тромбоцитопения ($\text{PLT} < 100\,000/\text{mm}^3$).

Тежка чернодробна болест дефинирана, като варици на хранопровода 2-3 ст., асцит, енцефалопатия или повишен билирубин.

За пациент с висок риск от кървене се приема такъв с наличие на поне 1 критерий.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;

- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
 - подпис на лекаря, извършил изследването.
- Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

За последващо лечение пациентът се консултира от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, като за спешни пациенти това се прави непосредствено преди изписването и задължително се отразява в ИЗ. Съответното обсъждане/съгласуване с участниците може да се извършва и дистанционно .

I.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 на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кардиология”.

1. 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория, с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтермониторирание)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология” задължителните звена по т. 1,2,3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

2. 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. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – не по-малко от **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология – не по-малко от двама кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- 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/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа (**разположение**) на ангиографската зала/катетеризационна лаборатория.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Тромбаспиратор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
----------------	------------------------------------

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки и достъп до **кардиохирургия и/или съдова хирургия – III– то ниво** на компетентност, 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**.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по **кардиохирургия - III – то ниво на компетентност** (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Първична перкуртаннатранслуменна коронарна алопластика при:

- болни със сигурен или suspekten остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) с персистираща ST сегмент елевация до 12-ия час;
- болни със сигурен или suspekten остър коронарен синдром и новопоявил се ЛББ до 12-я час;
- кардиогенен шок с приложение на ИАБП до 36-ия час от началото на миокардния инфаркт;
- пациенти със сигурен или suspekten остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) с персистираща ST сегмент елевация до 12-ия час и контраиндикации за тромболиза;
- пациенти със сигурен остър коронарен синдром с персистираща ST сегмент елевация, диагностициран между 3-тия и 12-ия час от началото на болката и възможност за транспорт до интервенционална лаборатория до 90 минути;
- индицирани за приложение на временна кардиостимулация са пациенти с брадикардия, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни;
- индицирани за приложение на инхибитори на GP IIb - IIIa II са пациенти с остра коронарна тромбоза.

Б. Непървична перкуртаннатранслуменна коронарна алопластика при:

- пациенти с ОМИ с ST елевация след тромболиза с рекурентна миокардна исхемия (клинична картина и/или динамични промени в ST сегмента) до 48-ия час;
- пациенти с ОМИ с ST елевация с рекурентна миокардна исхемия (клинична картина и/или динамични промени в ST сегмента) в рамките на болничния престой;
- пациенти с ОМИ с ST елевация след тромболиза и систолна ЛК дисфункция - ФИ под 40 %.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и оценка на терапевтичните алтернативи за консервативно и интервенционално лечение.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6-ия час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-та минута от началото на

хоспитализацията.Ехокардиография се извършва до 12-ия час 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.

Медикаментозно лечение:

- Acidumacethylsalicylicum;
- обезболяване (опиати);
- кислородотерапия;
- нитропрепарати;
- бетаблокери;
- антиагреганти (тромбоцитниантиагреганти, IIв-IIIаблокери);
- антикоагуланти (нефракциониран хепарин); нискомолекулярни хепарини;
- ACE инхибитори/ ARB;
- калциеви антагонисти - при съответни индикации;
- статини – интензивна доза.

Лечение според клиничното протичане – към конвенционалната терапия:

А) Нискодебитна сърдечна недостатъчност: кислород, катехоламини интравенозно, мониториране на хемодинамиката с плаващ катетър тип Swan-Ganz (при показания), поставяне на интрааортна балонна помпа (при показания).

Б) Пълен AV блок – атропин, поставяне на временен венозен електрокардиостимулатор, при персистиране на проводните нарушения след 25-я ден – преценка за постоянен електрокардиостимулатор.

В) Застойна сърдечна недостатъчност – кислород, диуретици, ACE инхибитори, венозен нитрат, апаратна вентилация (при показания).

Г) Предсърдно мъждене - възстановяване на синусов ритъм с медикаменти или електрокардиоверсия, нефракциониран хепарин.

Д) Камерни аритмии - антиритъмна терапия или електрическа регуларизация.

Е) Рекурентна постинтервенционална исхемия – нитрат (венозно или перорално), бета-блокери до постигане на бета-блокада, Са антагонисти, нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин, преценка за повторна инвазивна диагностика и съответна ревакуларизация.

Стандартното лечение се продължава с антиагреганти, бета-блокери, ACE-инхибитори, статини, нитрати при показания, нефракциониран хепарин (до 48-я час, след това само при определени болни).

Ж) Индицирани за приложение на временна кардиостимулация са пациенти с брадикардия под 40 удара и/или, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни.

З) Индицирани за приложение на ИНХИБИТОРИ на GP II b- III all са пациенти с остра коронарна тромбоза.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, електрокардиограмата, лабораторните и инструментални изследвания (СК, СК-МВ, ехокардиография, СКАГ).

4. 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:

- овладяване на основните патологични симптоми, в т. ч. липса на белези за миокардна исхемия в продължение на 24 часа;
- свалена превръзка, без кръвене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение.

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по 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.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация, с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология”; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”;

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ		ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
РЗОК №.	здравен район	договор с НЗОК	РЗОК №.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	здравен район
ЕГН (ЛНЧ) на пациента		регистрационен номер на лечебното заведение	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Пол м/ж		УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Идентификационен номер		име на лечебното заведение	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ЕГН	<input type="checkbox"/> ЛНЧ	име и фамилия на лекаря	
дата на раждане <input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> ССН	<input type="checkbox"/> гражданин на ЕС		
(или по двустранни спогодби)			
код на държава <input type="text"/>			
име, презиме и фамилия по лична карта			
Адрес: гр.(с) ул. №			
ж.к. бл. вх. тел.			

(съсирек). Тромбът обикновено се натрупва върху "активирана" атеросклеротична плака. Когато кръвоснабдяването на част от сърцето се наруши, след запушения участък мускулът на сърцето умира и това е миокардният инфаркт. Колкото по-бързо се възстанови кръвоснабдяването, толкова по-малък е инфарктът и по-редки са усложненията му.

Целта на лечението е максимално бързо запушеният участък да стане проходим за кръвта. Най-добре е тази реканализация при остър миокарден инфаркт да бъде постигната в първите 12 часа от началото му (колкото по-рано, толкова по-добре) и когато в електрокардиограмата е налице СТ елевация. Това се постига в интензивно отделение с венозно приложени лекарства или с механично отпушване чрез интракоронарна процедура.

Балонната ангиопластика на запушената коронарна артерия е най-модерното и ефективно лечение на миокардния инфаркт и се извършва с цел възстановяване на нейната проходимост. Тя се осъществява в специализирани болници чрез пункция на артерия на крака (бедрената артерия) или на ръката (радиалната или брахиалната артерия), след което под рентгенов контрол чрез специален катетър в коронарния съд се въвежда по водач балонен катетър. Чрез раздуване на балона се разширява стеснението на коронарния съд. В определени случаи по време на процедурата може да се постави коронарна ендопротеза, наричана още "стент". Той представлява много тънка мрежичка от неръждаема стомана или друг твърд метал, която може да бъде покрита с различни медикаменти. Тази ендопротеза поддържа съда максимално отворен и може да предотврати настъпването на тежки усложнения, свързани с ангиопластиката.

Основното предимство на коронарната дилатация се състои в бързо отпушване на инфарктната артерия и в бързото възстановяване на пациента. Тя е успешна в около и над 90% от случаите.

По-нататъшното лечение включва лекарства, които намаляват слепването на тромбоцитите (антиагреганти), като приемът на клопидогрел е задължителен при поставен интракоронарен стент за минимум 1 месец след процедурата, и е препоръчителен за поне 6 месеца, заедно с аспирин, който се продължава за цял живот, антикоагуланти (лекарства, които намаляват съсирващите свойства на кръвта – хепарин) в първите дни, бета-блокери, лекарства, които понижават холестерола и др.

Независимо от добрия начален резултат от балонната коронарна ангиопластика, при средно около 30% от случаите е възможно да се развие стеснение в същия участък до 6-ия месец след процедурата - т.н. рестеноза. Тя може да бъде лекувана чрез нова балонна коронарна ангиопластика или по-рядко - чрез аорто-коронарна "байпас" операция.

Допълнителна информация за коронарната интервенция може да получите от лекуващия Ви екип.

Когато са изминали повече от 12 часа от началото на инфаркта, когато в електрокардиограмата липсва СТ елевация, или когато са налице противопоказания за фибринолитична терапия, лечението се провежда с венозни лекарства в интензивно отделение без да се прилага венозна фибринолиза.

Ако инфарктът е голям, той може да доведе до усложнения, които могат да застрашат живота на пациента – ритъмни и проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, рецидив на миокардна исхемия и болки в гърдите, разкъсване на миокард или на поддържащия апарат на митралната клапа.

Лечението се извършва с активното съдействие на болния и спазване на всички инструкции, дадени от лекаря, сестрата и рехабилитатора. Престоят в болницата може да бъде удължен, когато се налагат допълнителни диагностични процедури и лечебни мерки.

Ако след инфаркта болките в гърдите продължат, може да се наложи сърдечна катетеризация, чрез която да се прецени дали да се извърши разширяване на артерия на сърцето или болния да бъде опериран – да се постави бай-пас.

След инфаркта трябва да се промени начина на живот (диетична храна, без тютюнопушене, подходящ двигателен режим, нормализиране на холестерола и кръвната захар) и непрекъснато да се приемат назначените лекарства, които намаляват вероятността от усложнения или друг инфаркт.

КП № 29 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ИЗОСТРЕНА ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ БЕЗ МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ревматични болести на митралната клапа

Включва: състояния, класифицирани в рубриките I05.0 и I05.2—I05.9, уточнени или неуточнени като ревматични

Не включва: състояния, уточнени като неревматични (I34.—)

- I05.0 Митрална стеноза**
(Ревматична) митрална (клапна) обструкция
- I05.1 Ревматична митрална инсуфициенция**
Ревматична митрална:
- недостатъчност
 - регургитация
- I05.2 Митрална стеноза и инсуфициенция**
Митрална стеноза и недостатъчност или регургитация

Ревматични болести на аортната клапа

Не включва: случаи, неуточнени като ревматични (I35.—)

- I06.0 Ревматична аортна стеноза**
Ревматична аортна (клапна) обструкция
- I06.1 Ревматична аортна инсуфициенция**
Ревматична аортна:
- недостатъчност
 - регургитация
- I06.2 Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция**
Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция или регургитация

Болести на няколко клапи

Включва: случаи, уточнени или неуточнени като ревматични

Не включва: ендокардит без уточняване на клапата (I38)
ревматични болести на ендокарда без уточняване на клапата (I09.1)

- I08.0 Съчетано засягане на митралната и аортната клапи**
Съчетано засягане на митралната и аортната клапи, уточнено или неуточнено като ревматично

Други ревматични болести на сърцето

- I09.9 Ревматична болест на сърцето, неуточнена**
Ревматични:
- кардит
 - сърдечна недостатъчност
- Не включва:** ревматоиден кардит (M05.3)

Хипертонична болест на сърцето

Включва: всяко състояние от рубриките I50.—, I51.4—I51.9, дължащо се на хипертония

- I11.0 Хипертонично сърце със (застойна) сърдечна недостатъчност**
Декомпенсирано хипертонично сърце

Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек

Включва: всяко състояние от рубриката I11.— в съчетание с всяко състояние от

рубриката I2.—

болест:

- сърдечно-бъбречна
- сърдечно-съдова бъбречна

I13.0 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек и със (застойна) сърдечна недостатъчност

I13.2 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек с наличие както на (застойна) сърдечна недостатъчност, така и на бъбречна недостатъчност

Хронична исхемична болест на сърцето

Не включва: сърдечно-съдова болест БДУ (I51.6)

I25.3 Сърдечна аневризма

Аневризма:

- на сърдечната стена
- камерна

I25.9 Хронична исхемична болест на сърцето, неуточнена
Исхемична болест на сърцето (хронична) БДУ

Други форми на белодробно сърце

I27.0 Първична белодробна хипертония

Белодробна (артериална) хипертония (идиопатична) (първична)

I27.1 Кифосколиотично сърце

I27.8 Други уточнени форми на белодробно сърце

I27.9 Белодробно сърце, неуточнено

Хронична белодробно-сърдечна болест

Белодробно сърце [cor pulmonale] (хронично) БДУ

Други болести на белодробните съдове

I28.8 Други уточнени болести на белодробните съдове

Руптура

Стеноза

Стриктура

} на белодробен съд

Други болести на перикарда

Не включва: текущи усложнения на острия инфаркт на миокарда (I23.—)
посткардиотомен синдром (I97.0)
травма на сърцето (S26.—)
болест, уточнена като ревматична (I09.2)

I31.0 Хроничен адхезивен перикардит

Accretion cordis

Сраснал перикард

Адхезивен медиастиноперикардит

I31.1 Хроничен констриктивен перикардит

Concretion cordis

Перикардна калцификация

Неревматични болести на митралната клапа

Не включва: митрална (клапна):

- болест (I05.9)
- недостатъчност (I05.8)
- стеноза
- с неуточнена етиология, но със споменаване на:
- болест на аортната клапа (I08.0)
- митрална стеноза или обструкция (I05.0)
- уточнена като ревматична (I05.—)

I34.0 Митрална (клапна) инсуфициенция

Митрална (клапна):

- недостатъчност
- регургитация

}

БДУ или с уточнена етиология,
която е неревматична

I34.1 Митрален (клапен) пролапс

Синдром на пролабираща митрална клапа

Не включва: синдром на Marfan (Q87.4)

I34.2 Неревматична митрална (клапна) стеноза

Неревматични болести на аортната клапа

Не включва: хипертрофична субаортна стеноза (I42.1)
с неуточнена етиология, но със споменаване на болест на митралната клапа (I08.0)
уточнена каторевматична (I06.—)

I35.0 Аортна (клапна) стеноза

I35.1 Аортна (клапна) инсуфициенция

Аортна (клапна):

- недостатъчност
 - регургитация
- } БДУ или с уточнена етиология, която е неревматична

I35.2 Аортна (клапна) стеноза и инсуфициенция

Неревматични болести на трикуспидалната клапа

Не включва: с неуточнена етиология (I07.—)
уточнена каторевматична (I07.—)

I36.0 Неревматична трикуспидална (клапна) стеноза

I36.1 Неревматична трикуспидална (клапна) инсуфициенция

Трикуспидална (клапна):

- недостатъчност
 - регургитация
- } с уточнена етиология, която е неревматична

I36.2 Неревматична трикуспидална (клапна) стеноза и инсуфициенция

Болести на пулмоналната клапа

Не включва: уточнен каторевматични (I09.8)

I37.0 Стеноза на пулмоналната клапа

I37.1 Инсуфициенция на пулмоналната клапа

Пулмонална клапа:

- недостатъчност
 - регургитация
- } БДУ или с уточнена етиология, която не е ревматична

I37.2 Стеноза и инсуфициенция на пулмоналната клапа

Кардиомиопатия

Не включва: кардиомиопатия, усложняваща:
• бременност (O99.4)
• послеродов период O90.3)
ишемична кардиомиопатия (I25.5)

I42.0 Дилатативна кардиомиопатия

I42.1 Обструктивна хипертрофична кардиомиопатия

Хипертрофична субаортна 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

I42.6 Алкохолна кардиомиопатия

Сърдечна недостатъчност

Не включва:

усложняваща:

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- акушерски операции и процедури (O75.4) в резултат на хипертония (I11.0)
- с наличие на хипертоничен бъбрек (I13.—) като последица от сърдечна операция или поради наличие на клапна протеза (I97.1)
- неонатална сърдечна недостатъчност (P29.0)

I50.0 Застойна сърдечна недостатъчност

Конгестивна сърдечна болест

Дяснокамерна недостатъчност (дължаща се на лявостранична сърдечна недостатъчност)

I50.1 Лявокамерна недостатъчност

Остър поток на белите дробове

Остър белодробен оток

} съвместване на сърдечна болест БДУ или
сърдечна недостатъчност

Кардиална астма

Лявостранична сърдечна недостатъчност

Постпроцедурни болести на органите на кръвообращението, неklasифицирани другаде

Не включва:

следоперативен шок (T81.1)

I97.0 Посткардиотомнен синдром

I97.1 Други функционални нарушения след сърдечна операция

Сърдечна инсуфициенция

Сърдечна недостатъчност

} след сърдечна операция или
в резултат на наличието на
сърдечна протеза

Вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Не включва:

декстрокardia със situs inversus (Q89.3)

огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)

Q20.0 Общ артериален трункус

Персистиращ truncus arteriosus

Q20.1 Удвоен изходен отвор на дясната камера

Синдром на Taussig-Bing

Q20.2 Удвоен изходен отвор на лявата камера

Q20.3 Дискордантно свързване на камерите с артериите

Декстропозиция на аортата

Транспозиция на големите съдове (пълна)

Q20.4 Удвоен камерен входен отвор

Обща камера

Трикамерно двупредсърдно сърце

Единична камера

Q20.5 Дискордантно предсърднокамерно свързване

Коригирана транспозиция

Лявотранспозиция

Камерна инверсия

Вродени аномалии на сърдечната преграда

Не включва:

придобит сърдечен септален дефект (I51.0)

Q21.0 Междокамерен септален дефект

Q21.1 Междупредсърден септален дефект

Дефект на коронарния синус

Отворен или персистиращ:

- foramen ovale

- ostium secundum дефект (тип II)

Дефект на sinus venosus

Q21.2 Предсърднокамерен септален дефект

Общ предсърднокамерен канал

Дефект на ендокардната възглавничка
Ostium primum атриосептален дефект (тип I)

Q21.3 Тетралогия на Fallot

Междукламерносептален дефект със стеноза или атрезия на белодробната артерия, декстропозиция на аортата и хипертрофия на дясната камера.

Q21.4 Аортопулмонален септален дефект

Аортносептален дефект
Аортопулмонален прозорец

Вродени аномалии на пулмоналната и трикуспидалната клапа

Q22.0 Атрезия на клапата на белодробната артерия

Q22.1 Вродена стеноза на клапата на белодробната артерия

Q22.2 Вродена инсуфициенция на клапата на белодробната артерия

Вродена регургитация на клапата на белодробната артерия

Q22.4 Вродена стеноза на трикуспидалната клапа

Трикуспидална атрезия

Q22.5 Аномалия на Ebstein

Q22.8 Други вродени аномалии на трикуспидалната клапа

Вродени аномалии на аортната и митралната клапа

Q23.0 Вродена стеноза на аортната клапа

Вродена аортна:

- атрезия
- стеноза

Не включва:

вродена субаортна стеноза (Q24.4)

същата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Q23.1 Вродена инсуфициенция на аортната клапа

Бикуспидна аортна клапа

Вродена аортна инсуфициенция

Q23.2 Вродена митрална стеноза

Вродена митрална атрезия

Q23.3 Вродена митрална инсуфициенция

Други вродени аномалии на сърцето

Не включва: ендокардна фиброеластоза (I42.4)

Q24.3 Белодробна инфундибуларна стеноза

Q24.4 Вродена субаортна стеноза

Q24.5 Аномалия на коронарните съдове

Вродена коронарна (артериална) аневризма

Вродени аномалии на големите артерии

Q25.0 Отворен ductus arteriosus

Отворен Боталов проток

Персистиращ ductus arteriosus

Q25.1 Коарктация на аортата

Коарктация на аортата (преддуктална)(постдуктална)

Q25.2 Атрезия на аортата

Q25.3 Стеноза на аортата

Суправалвуларна аортна стеноза

Не включва: вродена аортна стеноза (Q23.0)

Q25.4 Други вродени аномалии на аортата

Липса
Аплазия
Вродена: } на аортата
• аневризма
• дилатация

Аневризма на синуса на Valsalva (руптурирала)

Двойна дъга на аортата [съдов пръстен на аортата]

Хипоплазия на аортата

Персистиращи(-а):

- извивки на аортната дъга
- дясна аортна дъга

Не включва: хипоплазия на аортата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Кодовете **I50.0, I50.1, I97.0 и I97.1** се вписват като основна диагноза и дефинират причината за включване на болния в тази клинична пътека. Останалите кодове на диагнози в клиничната пътека се използват като втори задължителен код за определяне причината (когато тя е известна), довела до хронична сърдечна недостатъчност.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**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

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:

Електролити
Пълна кръвна картина
Чернодробни ензими

Желязо и ЖСК(при необходимост) Креатинин и/или BNP/pro-BNP	
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
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
При необходимост:	
91910-36	Клинично-химични изследвания за Желязо
91910-37	Клинично-химични изследвания за ЖСК
и/или	
1934	Други лабораторни изследвания
91911-03	Изследване на NBP/pro – NBP
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на фармакотерапия	
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури (91910-04/91910-13/91910-26/ 91910-27/91910-33 и/или 91911-03), 91910-36/91910-37 – при необходимост, (11700-00), (55113-00 или 55118-00), (58500-00)) 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 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от трите блока 1923, 1924 и 1934 и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването “Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Желязо и ЖСК (при необходимост); Креатинин и/или BNP/pro-BNP”.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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 Клиника/отделение по детски болести
2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение по кардиология, вътрешни болести или педиатрия
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- минимален брой лекари – двама лекари със специалност по вътрешни болести или един лекар по вътрешни болести и един със специалност по кардиология/ревмокардиология;

- 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.

Блок 2. 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 – трима лекари, от които двама със специалност по детски болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

3. 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" е 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" е 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.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение без прилагане на механична вентилация при пациенти с:

- остра сърдечна недостатъчност II и III клас по Killip;

- хронична сърдечна недостатъчност III и IV функционален клас по NYHA, нелекувана до момента или неповлияваща се от прилаганата в амбулаторни условия терапия;
- остра или изострена хронична сърдечна недостатъчност в детска възраст.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 часот началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 часот 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.

Класификация на остра СН по Killip

I. Клас - Няма белези на сърдечна недостатъчност.

II. Клас – Наличие на Т3/Т4 галоп и/или влажни хрипове в белите дробове, ангажиращи под ½ от белия дроб и/или рентгенови данни за белодробна венозна хипертония (кардиална астма).

III. Клас -Белодробен едем – наличие на влажни хрипове, ангажиращи над ½ от белия дроб и/или рентгенови данни за белодробна венозна хипертония.

IV. Клас – Кардиогенен шок.

Класификация на хронична СН по NYHA:

I - Функционален клас - без симптоми при продължителни физически усилия.

II - Функционален клас - задух,и/или умора и/или палпитации при обичайни физически усилия.

III - Функционален клас - задух и/или умора и/или палпитации при леки физически усилия, но липсват в покой.

IV - Функционален клас – оплакванията са в покой и данни за застойна СН.

Диагностични критерии за хронична СН (по Фрамингам):

Диагнозата се поставя при 2 големи, или 1 голям и 2 малки критерия.

Големи (с голяма чувствителност и специфичност):

- пароксизмален нощен задух;
- разширени шийни вени;
- кардиомегалия;
- влажни хрипове в белодробните основи;
- Т3галоп;

- ЦВН над 16см H2O стълб;
- хепатоюгуларенрефлукс;
- загуба на повече от 4,5 кг за 5 дни при лечение с диуретик;
- тахидиспнея над 60/мин при кърмачета и деца под 3 години.

Малки (с голяма чувствителност и малка специфичност):

- отоци по глезените;
- нощна кашлица;
- хепатомегалия;
- задух при усилие;
- плевраленизлив;
- тахикардия над 120/мин;
- намален с повече от 1/3 витален капацитет;
- задържане или стационариране на тегловната крива при деца под 3 години.

Класификация на степен на СН по ROSS - оценка при кърмачета и малки деца

Клас	Интерпретация
I	Асимптоматични
II	Умерено изразенатахипнея или изпотяване при хранене на кърмачета Диспнеяпри усилие на по-големидеца
III	Изразенатахипнея и изпотяване при хранене при кърмачета Удълженовреме за хранене и задръжка на тегловенприраст При по-големитедецаизразенадиспнея при усилие.
IV	Симптомивключващитахипнея ,пъшкане и умора в покой.

Алгоритъм за медикаментозно лечение

Основни групи медикаменти:

- Диуретици.
- ACE инхибитори.
- AT2 блокери (сартани).
- Бета-блокери.
- Дигиталис.
- Антиаритмици (при ФИ под 40% - антиаритмици III клас).
- Антикоагуланти.
- Катехоламини.
- Извънбъбречни методи за очистване на кръвта – хемодиализа с ултрафилтрация и/или спонтанна артериовенозна хемофилтрация.
- Корекция на анемия – желязни препарати, кръвопреливане, еритропоеинови препарати.

Продължителността на парентералната терапия следва да бъде съобразена със тежестта на състоянието на болния, наложило хоспитализация.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

На базата на клиничната картина, инструменталните (ехокардиография, ЕКГ, Rö) и лабораторни изследвания.

4. 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:

- Подобряване на функционалния клас и/или владяване на симптоматиката;
- оптимизирана терапия

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска 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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: ☐☐☐/мин

АН: ☐☐☐/☐☐☐

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”;

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Сърдечната недостатъчност (слабост) е състояние на невъзможност сърцето Ви да изпомпва необходимото количество кръв към органите във Вашето тяло. В резултат на това най-често се явяват задух, лесна умора, нощна кашлица, отоци по крайниците, сърцебиене, болки в гърдите при усилия и др. За кърмачетата са характерни следните симптоми: учестено дишане(тахипнея), изпотяване при хранене, ненаддаване на тегло. В по-тежките случаи се появява пъшкане в покой. За по-големите деца е характерно затруднено дишане (диспнея) при усилие.

Когато тези симптоми се развиват внезапно и бързо, може да съществува реална опасност за Вашия живот. Постъпването в болнично заведение по спешност е наложително в случаите на: гръдна болка, неповлияла се от нитроглицерин, на остро настъпило сърцебиене или невъзможност да лежите в леглото поради внезапно появил се задух.

Болнично лечение ще се наложи и в случаите, в които въпреки прилагането на нужните лекарства и спазването на съветите на Вашите лекари, състоянието Ви не се подобрява. Там най-вероятно ще Ви приложат лекаства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, ще Ви се направи рентгенов преглед, вероятно ще последват и допълнителни лечебни и диагностични действия. Всичко това е необходимо за правилната диагноза и лечение, чиято цел е запазване на Вашия живот и здраве.

Най-честите причини за развитието и прогресирането на сърдечната недостатъчност са нелекуването на артериалната хипертония (високото кръвно налягане), исхемичната болест (*“гръдната жаба”*), сърдечният инфаркт и сърдечните пороци, а при деца - вродени сърдечни малформации или миокардно заболяване.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар и кардиолог, но много важно за Вас ще е и ограничаването на употребата на сол, спирането

на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, снижаването на телесното тегло, кръвния холестерол и захар, ако са били завишени.

Заболяването Ви е хронично и ще изисква системно непрекъснато лечение с лекарства и спазване на препоръчвания от лекарите Ви режим на живот. Само по този начин може да намалите оплакванията и удължите живота си.

КП № 30 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ИЗОСТРЕНА ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 30.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ИЗОСТРЕНА ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ревматични болести на митралната клапа

Включва: състояния, класифицирани в рубриците I05.0 и I05.2—I05.9, уточнени или неуточнени като ревматични

Не включва: състояния, уточнени като неревматични (I34.—)

- I05.0 Митрална стеноза**
(Ревматична) митрална (клапна) обструкция
- I05.1 Ревматична митрална инсуфициенция**
Ревматична митрална:
• недостатъчност
• регургитация
- I05.2 Митрална стеноза и инсуфициенция**
Митрална стеноза и недостатъчност или регургитация

Ревматични болести на аортната клапа

Не включва: случаи, неуточнени като ревматични (I35.—)

- I06.0 Ревматична аортна стеноза**
Ревматична аортна (клапна) обструкция
- I06.1 Ревматична аортна инсуфициенция**
Ревматична аортна:
• недостатъчност
• регургитация
- I06.2 Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция**
Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция или регургитация

Болести на няколко клапи

Включва: случаи, уточнени или неуточнени като ревматични

Не включва: ендокардит без уточняване на клапата (I38)
ревматични болести на ендокарда без уточняване на клапата (I09.1)

- I08.0 Съчетано засягане на митралната и аортната клапи**
Съчетано засягане на митралната и аортната клапи, уточнено или неуточнено като ревматично

Други ревматични болести на сърцето

- I09.9 Ревматична болест на сърцето, неуточнена**
Ревматични:
• кардит
• сърдечна недостатъчност
Не включва: ревматоиден кардит (M05.3)

Хипертонична болест на сърцето

Включва: всяко състояние от рубриците I50.—, I51.4—I51.9, дължащо се на хипертония

I11.0 Хипертонично сърце със (застойна) сърдечна недостатъчност
Декомпенсирано хипертонично сърце

Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек

Включва: всяко състояние от рубриката I11.— в съчетание с всяко състояние от рубриката I12.— болест:
• сърдечно-бъбречна
• сърдечно-съдова бъбречна

I13.0 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек и със (застойна) сърдечна недостатъчност

I13.2 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек с наличие както на (застойна) сърдечна недостатъчност, така и на бъбречна недостатъчност

Хронична исхемична болест на сърцето

Не включва: сърдечно-съдова болест БДУ (I51.6)

I25.3 Сърдечна аневризма

Аневризма:

- на сърдечната стена
- камерна

I25.9 Хронична исхемична болест на сърцето, неуточнена
Исхемична болест на сърцето (хронична) БДУ

Други форми на белодробно сърце

I27.0 Първична белодробна хипертония
Белодробна (артериална) хипертония (идиопатична)(първична)

I27.1 Кифосколиотично сърце

I27.8 Други уточнени форми на белодробно сърце

I27.9 Белодробно сърце, неуточнено
Хронична белодробно-сърдечна болест
Белодробно сърце [cor pulmonale] (хронично) БДУ

Други болести на белодробните съдове

I28.8 Други уточнени болести на белодробните съдове
Руптура
Стеноза
Стриктура } на белодробен съд

Други болести на перикарда

Не включва: текущи усложнения на острия инфаркт на миокарда (I23.—)
посткардиотомен синдром (I97.0)
травма на сърцето (S26.—)
болест, уточнена като ревматична (I09.2)

I31.0 Хроничен адхезивен перикардит

Accretio cordis

Сраснал перикард

Адхезивен медиастиноперикардит

I31.1 Хроничен констриктивен перикардит

Concretio cordis

Перикардна калцификация

Неревматични болести на митралната клапа

Не включва: митрална (клапна):
• болест (I05.9)
• недостатъчност (I05.8)
• стеноза

с неуточнена етиология, но със споменаване на:

- болест на аортната клапа (I08.0)
 - митрална стеноза или обструкция (I05.0)
- уточнена като ревматична (I05.—)

I34.0 Митрална (клапна) инсуфициенция

Митрална (клапна):

- недостатъчност
 - регургитация
- } БДУ или с уточнена етиология,
която е неревматична

I34.1 Митрален (клапен) пролапс

Синдром на пролабираща митрална клапа

Не включва: синдром на Marfan (Q87.4)

I34.2 Неревматична митрална (клапна) стеноза

Неревматични болести на аортната клапа

Не включва: хипертрофична субаортна стеноза (I42.1)
с неуточнена етиология, но със споменаване на болест на митралната
клапа (I08.0)
уточнена като ревматична (I06.—)

I35.0 Аортна (клапна) стеноза

I35.1 Аортна (клапна) инсуфициенция

Аортна (клапна):

- недостатъчност
 - регургитация
- } БДУ или с уточнена етиология,
която е неревматична

I35.2 Аортна (клапна) стеноза и инсуфициенция

Неревматични болести на трикуспидалната клапа

Не включва: с неуточнена етиология (I07.—)
уточнена като ревматична (I07.—)

I36.0 Неревматична трикуспидална (клапна) стеноза

I36.1 Неревматична трикуспидална (клапна) инсуфициенция

Трикуспидална (клапна):

- недостатъчност
 - регургитация
- } с уточнена етиология,
която е неревматична

I36.2 Неревматична трикуспидална (клапна) стеноза и инсуфициенция

Болести на пулмоналната клапа

Не включва: уточнени като ревматични (I09.8)

I37.0 Стеноза на пулмоналната клапа

I37.1 Инсуфициенция на пулмоналната клапа

Пулмонална клапа:

- недостатъчност
 - регургитация
- } БДУ или с уточнена етиология,
която не е ревматична

I37.2 Стеноза и инсуфициенция на пулмоналната клапа

Кардиомиопатия

Не включва: кардиомиопатия, усложняваща:
• бременност (O99.4)
• послеродов период O90.3)
ишемична кардиомиопатия (I25.5)

I42.0 Дилатативна кардиомиопатия

I42.1 Обструктивна хипертрофична кардиомиопатия
Хипертрофична субаортна 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

Сърдечна недостатъчност

Не включва: усложняваща:
• аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
• акушерски операции и процедури (O75.4)
в резултат на хипертония (I11.0)
• с наличие на хипертоничен бъбрек (I13.—)
като последица от сърдечна операция или поради наличие на клапна протеза (I97.1)
неонатална сърдечна недостатъчност (P29.0)

I50.0 Застойна сърдечна недостатъчност
Конгестивна сърдечна болест
Дяснокамерна недостатъчност (дължаща се на лявостранна сърдечна недостатъчност)

I50.1 Лявокамерна недостатъчност
Остър оток на белите дробове
Остър белодробен оток } със споменаване на сърдечна болест БДУ или
сърдечна недостатъчност
Кардиална астма
Лявостранна сърдечна недостатъчност

Постпроцедурни болести на органите на кръвообращението, неklasифицирани другаде

Не включва: следоперативен шок (T81.1)

I97.0 Посткардиотомен синдром

I97.1 Други функционални нарушения след сърдечна операция
Сърдечна инсуфициенция } след сърдечна операция или
Сърдечна недостатъчност } в резултат на наличието на
сърдечна протеза

Вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Не включва: декстрокардия със situs inversus (Q89.3)
огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)

Q20.0 Общ артериален трункус
Персистиращ truncus arteriosus

Q20.1 Удвоен изходен отвор на дясната камера
Синдром на Taussig-Bing

Q20.2 Удвоен изходен отвор на лявата камера

Q20.3 Дискордантно свързване на камерите с артериите
Декстропозиция на аортата
Транспозиция на големите съдове (пълна)

Q20.4 Удвоен камерен входен отвор
Обща камера
Трикамерно двупредсърдно сърце
Единична камера

Q20.5 Дискордантно предсърднокамерно свързване
Коригирана транспозиция
Лявотранспозиция
Камерна инверсия

Вродени аномалии на сърдечната преграда

Не включва: придобит сърдечен септален дефект (I51.0)

Q21.0 Междукамерен септален дефект

Q21.1 Междупредсърден септален дефект

Дефект на коронарния синус

Отворен или персистиращ:

- foramen ovale
- ostium secundum дефект (тип II)

Дефект на sinus venosus

Q21.2 Предсърднокамерен септален дефект

Общ предсърднокамерен канал

Дефект на ендокардната възглавничка

Ostium primum атриосептален дефект (тип I)

Q21.3 Тетралогия на Fallot

Междукамерен септален дефект със стеноза или атрезия на белодробната артерия, декстропозиция на аортата и хипертрофия на дясната камера.

Q21.4 Аортопулмонален септален дефект

Аортен септален дефект

Аортопулмонален прозорец

Вродени аномалии на пулмоналната и трикуспидалната клапа

Q22.0 Атрезия на клапата на белодробната артерия

Q22.1 Вродена стеноза на клапата на белодробната артерия

Q22.2 Вродена инсуфициенция на клапата на белодробната артерия

Вродена регургитация на клапата на белодробната артерия

Q22.4 Вродена стеноза на трикуспидалната клапа

Трикуспидална атрезия

Q22.5 Аномалия на Ebstein

Q22.8 Други вродени аномалии на трикуспидалната клапа

Вродени аномалии на аортната и митралната клапа

Q23.0 Вродена стеноза на аортната клапа

Вродена аортна:

- атрезия
- стеноза

Не включва: вродена субаортна стеноза (Q24.4)
същата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Q23.1 Вродена инсуфициенция на аортната клапа

Бикуспидна аортна клапа

Вродена аортна инсуфициенция

Q23.2 Вродена митрална стеноза

Вродена митрална атрезия

Q23.3 Вродена митрална инсуфициенция

Други вродени аномалии на сърцето

Не включва: ендокардна фиброеластоза (I42.4)

Q24.3 Белодробна инфундибуларна стеноза

Q24.4 Вродена субаортна стеноза

Q24.5 Аномалия на коронарните съдове

Вродена коронарна (артериална) аневризма

Вродени аномалии на големите артерии

Q25.0 Отворен ductus arteriosus

Отворен Боталов проток

Персистиращ ductus arteriosus

Q25.1 Коарктация на аортата

Коарктация на аортата (преддуктална)(постдуктална)

Q25.2 Атрезия на аортата**Q25.3 Стеноза на аортата**

Суправалвуларна аортна стеноза

Не включва: вродена аортна стеноза (Q23.0)**Q25.4 Други вродени аномалии на аортата**

Липса

Аплазия

Вродена:

• аневризма

• дилатация

на аортата

Аневризма на синуса на Valsalva (руптурирала)

Двойна дъга на аортата [съдов пръстен на аортата]

Хипоплазия на аортата

Персистиращи(-а):

• извивки на аортната дъга

• дясна аортна дъга

Не включва: хипоплазия на аортата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)**Белодробен емболизъм****Включва:** белодробен(-на) (артериален)(венозен):

• инфаркт

• тромбоемболизъм

• тромбоза

I26.0 Белодробна емболия със споменаване на остро белодробно сърце

Остро белодробно сърце БДУ

Кодовете **I50.0**, **I50.1**, **I97.0** и **I97.1** се вписват като основна диагноза и дефинират причината за включване на болния в тази клинична пътека. Останалите кодове на диагнози в клиничната пътека се използват като втори задължителен код за определяне причината (когато тя е известна), довела до хронична сърдечна недостатъчност.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**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

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:

Електролити
Пълна кръвна картина
Чернодробни ензими
Желязо и ЖСК(при необходимост)
КГА
Креатинин

и/или

BNP/pro-BNP

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

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

При необходимост

91910-36 Клинично-химични изследвания за Желязо

91910-37 Клинично-химични изследвания за ЖСК

и/или

1934 Други лабораторни изследвания

91911-03 Изследване на NBP/pro – NBP

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Неинвазивно вентилаторно подпомагане

Vi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
Непостоянна маска CPAP
Дишане с променливо позитивно налягане [IPPV]
Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
Неинвазивна маскова вентилация [NIMV]
Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]

Включва: вентилационно подпомагане с:

- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:

- ендотрахеална интубация (виж блок [569])
- трахеостомия (виж блок [569])

- 92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа
92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа
92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Вентилаторно подпомагане

Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

- 13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа
13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

Приложение на фармакотерапия

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 три основни диагностични процедури, от които задължително (91910-04/91910-13/91910-26/91910-27/91910-33///13310-00/13311-00/13842-00/13842-01 и/или 91911-03), 91910-36/91910-37- при необходимост, 11700-00, 55113-00 или 55118-00) и две основни терапевтични процедури, от които кодът за механична вентилация 13882-00 или 13882-02 или 13882-01 е задължителен. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1858 - Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи, 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни 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 задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Желязо и ЖСК (при необходимост); КГА; Креатинин и/или BNP/pro-BNP“.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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".

1. 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
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, велоергометър, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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.

3. 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**.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение с прилагане на механична вентилация при пациенти с:

- остра сърдечна недостатъчност - белодробен оток, налагаща механична вентилация;
- хронична сърдечна недостатъчност III и IV функционален клас по NYHA, налагаща механична вентилация;
- болни с тежки придружаващи заболявания, включително инфекции на дихателната система, обострящи сърдечната недостатъчност, и необходимост от приложение на механична вентилация;
- остра и хронична сърдечна недостатъчност в детска възраст, налагаща механична вентилация.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен 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-та 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.

Класификация на степен на СН по ROSS - оценка при кърмачета и малки деца

Клас	Интерпретация
I	Асимптоматични
II	Умерено изразена тахипнея или изпотяване при хранене на кърмачета Диспнея при усилие на по-големи деца
III	Изразена тахипнея и изпотяване при хранене при кърмачета Удължено време за хранене и задръжка на теловен прираст При по-големите деца изразена диспнея при усилие.
IV	Симптоми включващи тахипнея ,пъшкане и умора в покой.

Алгоритъм за медикаментозно лечение

Основни групи медикаменти:

- ❖ Диуретици.
- ❖ ACE инхибитори.

- ❖ АТ2 блокери (сартани).
- ❖ Бета-блокери.
- ❖ Дигиталис.
- ❖ Антиаритмици (при ФИ под 40% - антиаритмици III клас).
- ❖ Антикоагуланти.
- ❖ Катехоламини.
- ❖ Антибиотици.
- ❖ Секретолитици.
- ❖ Седатива и миорелаксанти.
- ❖ H2-блокери.
- ❖ Извънбъбречни методи за очистване на кръвта – хемодиализа с ултрафилтрация и/или спонтанна артериовенозна хемофилтрация.
- ❖ Корекция на анемия – железни препарати, кръвопреливане, еритропоетинови препарати.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

На базата на клиничната картина, инструменталните (ехокардиография, ЕКГ, RÖ) и лабораторни изследвания.

4. 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:

- отпадане на необходимостта от механична вентилация;
- подобряване на функционалния клас и/или овладяване на симптоматиката.

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска 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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дата на изписване:

Дадена епикриза на пациента:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Сърдечната недостатъчност (слабост) е състояние на невъзможност сърцето да изпомпва необходимото количество кръв към органите във Вашето тяло. В резултат на това най-често се явяват задух, лесна умора, нощна кашлица, отоци по крайниците, сърцебиене, болки в гърдите при усилия и др.

За кърмачетата са характерни следните симптоми: учестено дишане (тахипнея), изпотяване при хранене, ненаддаване на тегло. В по-тежките случаи се появява пъшкане в покой. За по-големите деца е характерно затруднено дишане (диспнея) при усилие.

Когато тези симптоми се развиват внезапно и бързо, може да съществува реална опасност за Вашия живот. Постъпването в болнично заведение по спешност е наложително в случаите на: гръдна болка, повлияла се от нитроглицерин, на остро настъпило сърцебиене или невъзможност да лежите в леглото поради внезапно появил се задух.

Болнично лечение ще се наложи и в случаите, в които въпреки прилагането на нужните лекарства и спазването на съветите на Вашите лекари, състоянието Ви не се подобрява. Там най-вероятно ще Ви приложат лекарства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, ще Ви се направи рентгенов преглед, вероятно ще последват и допълнителни лечебни и диагностични действия. Всичко това е необходимо за правилната диагноза и лечение, чиято цел е запазване на Вашия живот и здраве.

Най-честите причини за развитието и прогресирането на сърдечната недостатъчност са нелекуването на артериалната хипертония (високото кръвно налягане), исхемичната болест (гръдната жаба), сърдечният инфаркт и сърдечните пороци, а при деца - вродени сърдечни малформации или миокардно заболяване.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар и кардиолог, но много важно за Вас ще е и ограничаването на употребата на сол, спирането на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, снижаването на телесното тегло, кръвния холестерол и захар, ако са били завишени.

Заболяването Ви е хронично и ще изисква системно непрекъснато лечение с лекарства и спазване на препоръчвания от лекарите Ви режим на живот. Само по този начин може да намалите оплакванията и удължите живота си.

КП № 30 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ИЗОСТРЕНА ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 30.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ИЗОСТРЕНА ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ревматични болести на митралната клапа

Включва: състояния, класифицирани в рубриците I05.0 и I05.2—I05.9, уточнени или неуточнени като ревматични

Не включва: състояния, уточнени като неревматични (I34.—)

- I05.0 Митрална стеноза**
(Ревматична) митрална (клапна) обструкция
- I05.1 Ревматична митрална инсуфициенция**
Ревматична митрална:
• недостатъчност
• регургитация
- I05.2 Митрална стеноза и инсуфициенция**
Митрална стеноза и недостатъчност или регургитация

Ревматични болести на аортната клапа

Не включва: случаи, неуточнени като ревматични (I35.—)

- I06.0 Ревматична аортна стеноза**
Ревматична аортна (клапна) обструкция
- I06.1 Ревматична аортна инсуфициенция**
Ревматична аортна:
• недостатъчност
• регургитация
- I06.2 Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция**
Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция или регургитация

Болести на няколко клапи

Включва: случаи, уточнени или неуточнени като ревматични

Не включва: ендокардит без уточняване на клапата (I38)
ревматични болести на ендокарда без уточняване на клапата (I09.1)

- I08.0 Съчетано засягане на митралната и аортната клапи**
Съчетано засягане на митралната и аортната клапи, уточнено или неуточнено като ревматично

Други ревматични болести на сърцето

- I09.9 Ревматична болест на сърцето, неуточнена**
Ревматични:
• кардит
• сърдечна недостатъчност
Не включва: ревматоиден кардит (M05.3)

Хипертонична болест на сърцето

Включва: всяко състояние от рубриците I50.—, I51.4—I51.9, дължащо се на хипертония

I11.0 Хипертонично сърце със (застойна) сърдечна недостатъчност
Декомпенсирано хипертонично сърце

Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек

Включва: всяко състояние от рубриката I11.— в съчетание с всяко състояние от рубриката I12.— болест:

- сърдечно-бъбречна
- сърдечно-съдова бъбречна

I13.0 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек и със (застойна) сърдечна недостатъчност

I13.2 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек с наличие както на (застойна) сърдечна недостатъчност, така и на бъбречна недостатъчност

Хронична исхемична болест на сърцето

Не включва: сърдечно-съдова болест БДУ (I51.6)

I25.3 Сърдечна аневризма

Аневризма:

- на сърдечната стена
- камерна

I25.9 Хронична исхемична болест на сърцето, неуточнена
Исхемична болест на сърцето (хронична) БДУ

Други форми на белодробно сърце

I27.0 Първична белодробна хипертония
Белодробна (артериална) хипертония (идиопатична)(първична)

I27.1 Кифосколиотично сърце

I27.8 Други уточнени форми на белодробно сърце

I27.9 Белодробно сърце, неуточнено
Хронична белодробно-сърдечна болест
Белодробно сърце [cor pulmonale] (хронично) БДУ

Други болести на белодробните съдове

I28.8 Други уточнени болести на белодробните съдове

Руптура	}	на белодробен съд
Стеноза		
Стриктурa		

Други болести на перикарда

Не включва: текущи усложнения на острия инфаркт на миокарда (I23.—)
посткардиотомен синдром (I97.0)
травма на сърцето (S26.—)
болест, уточнена като ревматична (I09.2)

I31.0 Хроничен адхезивен перикардит

Accretio cordis

Сраснал перикард

Адхезивен медиастиноперикардит

I31.1 Хроничен констриктивен перикардит

Concretio cordis

Перикардна калцификация

Неревматични болести на митралната клапа

Не включва: митрална (клапна):

- болест (I05.9)
- недостатъчност (I05.8)
- стеноза

с неуточнена етиология, но със споменаване на:

- болест на аортната клапа (I08.0)
 - митрална стеноза или обструкция (I05.0)
- уточнена като ревматична (I05.—)

I34.0 Митрална (клапна) инсуфициенция

Митрална (клапна):

- недостатъчност
 - регургитация
- } БДУ или с уточнена етиология,
която е неревматична

I34.1 Митрален (клапен) пролапс

Синдром на пролабираща митрална клапа

Не включва: синдром на Marfan (Q87.4)

I34.2 Неревматична митрална (клапна) стеноза

Неревматични болести на аортната клапа

Не включва: хипертрофична субаортна стеноза (I42.1)
с неуточнена етиология, но със споменаване на болест на митралната
клапа (I08.0)
уточнена като ревматична (I06.—)

I35.0 Аортна (клапна) стеноза

I35.1 Аортна (клапна) инсуфициенция

Аортна (клапна):

- недостатъчност
 - регургитация
- } БДУ или с уточнена етиология,
която е неревматична

I35.2 Аортна (клапна) стеноза и инсуфициенция

Неревматични болести на трикуспидалната клапа

Не включва: с неуточнена етиология (I07.—)
уточнена като ревматична (I07.—)

I36.0 Неревматична трикуспидална (клапна) стеноза

I36.1 Неревматична трикуспидална (клапна) инсуфициенция

Трикуспидална (клапна):

- недостатъчност
 - регургитация
- } с уточнена етиология,
която е неревматична

I36.2 Неревматична трикуспидална (клапна) стеноза и инсуфициенция

Болести на пулмоналната клапа

Не включва: уточнени като ревматични (I09.8)

I37.0 Стеноза на пулмоналната клапа

I37.1 Инсуфициенция на пулмоналната клапа

Пулмонална клапна:

- недостатъчност
 - регургитация
- } БДУ или с уточнена етиология,
която не е ревматична

I37.2 Стеноза и инсуфициенция на пулмоналната клапа

Кардиомиопатия

Не включва: кардиомиопатия, усложняваща:
• бременност (O99.4)
• послеродов период O90.3)
ишемична кардиомиопатия (I25.5)

I42.0 Дилатативна кардиомиопатия

I42.1 Обструктивна хипертрофична кардиомиопатия
Хипертрофична субаортна 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

Сърдечна недостатъчност

Не включва: усложняваща:
• аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
• акушерски операции и процедури (O75.4)
в резултат на хипертония (I11.0)
• с наличие на хипертоничен бъбрек (I13.—)
като последица от сърдечна операция или поради наличие на клапна протеза (I97.1)
неонатална сърдечна недостатъчност (P29.0)

I50.0 Застойна сърдечна недостатъчност
Конгестивна сърдечна болест
Дяснокамерна недостатъчност (дължаща се на лявостранна сърдечна недостатъчност)

I50.1 Лявокамерна недостатъчност
Остър оток на белите дробове
Остър белодробен оток } със споменаване на сърдечна болест БДУ или
сърдечна недостатъчност
Кардиална астма
Лявостранна сърдечна недостатъчност

Постпроцедурни болести на органите на кръвообращението, неklasифицирани другаде

Не включва: следоперативен шок (T81.1)

I97.0 Посткардиотомен синдром

I97.1 Други функционални нарушения след сърдечна операция
Сърдечна инсуфициенция } след сърдечна операция или
Сърдечна недостатъчност } в резултат на наличието на
сърдечна протеза

Вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Не включва: декстрокардия със situs inversus (Q89.3)
огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)

Q20.0 Общ артериален трункус
Персистиращ truncus arteriosus

Q20.1 Удвоен изходен отвор на дясната камера
Синдром на Taussig-Bing

Q20.2 Удвоен изходен отвор на лявата камера

Q20.3 Дискордантно свързване на камерите с артериите
Декстропозиция на аортата
Транспозиция на големите съдове (пълна)

Q20.4 Удвоен камерен входен отвор
Обща камера
Трикамерно двупредсърдно сърце
Единична камера

Q20.5 Дискордантно предсърднокамерно свързване
Коригирана транспозиция
Лявотранспозиция
Камерна инверсия

Вродени аномалии на сърдечната преграда

Не включва: придобит сърдечен септален дефект (I51.0)

Q21.0 Междукамерен септален дефект

Q21.1 Междупредсърден септален дефект

Дефект на коронарния синус

Отворен или персистиращ:

- foramen ovale
- ostium secundum дефект (тип II)

Дефект на sinus venosus

Q21.2 Предсърднокамерен септален дефект

Общ предсърднокамерен канал

Дефект на ендокардната възглавничка

Ostium primum атриосептален дефект (тип I)

Q21.3 Тетралогия на Fallot

Междукамерен септален дефект със стеноза или атрезия на белодробната артерия, декстропозиция на аортата и хипертрофия на дясната камера.

Q21.4 Аортопулмонален септален дефект

Аортен септален дефект

Аортопулмонален прозорец

Вродени аномалии на пулмоналната и трикуспидалната клапа

Q22.0 Атрезия на клапата на белодробната артерия

Q22.1 Вродена стеноза на клапата на белодробната артерия

Q22.2 Вродена инсуфициенция на клапата на белодробната артерия

Вродена регургитация на клапата на белодробната артерия

Q22.4 Вродена стеноза на трикуспидалната клапа

Трикуспидална атрезия

Q22.5 Аномалия на Ebstein

Q22.8 Други вродени аномалии на трикуспидалната клапа

Вродени аномалии на аортната и митралната клапа

Q23.0 Вродена стеноза на аортната клапа

Вродена аортна:

- атрезия
- стеноза

Не включва: вродена субаортна стеноза (Q24.4)
същата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Q23.1 Вродена инсуфициенция на аортната клапа

Бикуспидна аортна клапа

Вродена аортна инсуфициенция

Q23.2 Вродена митрална стеноза

Вродена митрална атрезия

Q23.3 Вродена митрална инсуфициенция

Други вродени аномалии на сърцето

Не включва: ендокардна фиброеластоза (I42.4)

Q24.3 Белодробна инфундибуларна стеноза

Q24.4 Вродена субаортна стеноза

Q24.5 Аномалия на коронарните съдове

Вродена коронарна (артериална) аневризма

Вродени аномалии на големите артерии

Q25.0 Отворен ductus arteriosus

Отворен Боталов проток

Персистиращ ductus arteriosus

Q25.1 Коарктация на аортата

Коарктация на аортата (преддуктална)(постдуктална)

Q25.2 Атрезия на аортата**Q25.3 Стеноза на аортата**

Суправалвуларна аортна стеноза

Не включва: вродена аортна стеноза (Q23.0)**Q25.4 Други вродени аномалии на аортата**

Липса

Аплазия

Вродена:

• аневризма

• дилатация

на аортата

Аневризма на синуса на Valsalva (руптурирала)

Двойна дъга на аортата [съдов пръстен на аортата]

Хипоплазия на аортата

Персистиращи(-а):

• извивки на аортната дъга

• дясна аортна дъга

Не включва: хипоплазия на аортата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)**Белодробен емболизъм****Включва:** белодробен(-на) (артериален)(венозен):

• инфаркт

• тромбоемболизъм

• тромбоза

I26.0 Белодробна емболия със споменаване на остро белодробно сърце

Остро белодробно сърце БДУ

Кодовете **I50.0**, **I50.1**, **I97.0** и **I97.1** се вписват като основна диагноза и дефинират причината за включване на болния в тази клинична пътека. Останалите кодове на диагнози в клиничната пътека се използват като втори задължителен код за определяне причината (когато тя е известна), довела до хронична сърдечна недостатъчност.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**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

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:

Електролити
Пълна кръвна картина
Чернодробни ензими
Желязо и ЖСК(при необходимост)
КГА
Креатинин

и/или

BNP/pro-BNP

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

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

При необходимост:

91910-36 Клинично-химични изследвания за Желязо

91910-37 Клинично-химични изследвания за ЖСК

и/или

1934 Други лабораторни изследвания

91911-03 Изследване на NBP/pro – NBP

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Неинвазивно вентилаторно подпомагане

Vi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
Непостоянна маска CPAP
Дишане с променливо позитивно налягане [IPPV]
Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
Неинвазивна маскова вентилация [NIMV]
Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]

Включва: вентилационно подпомагане с:

- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:

- ендотрахеална интубация (виж блок [569])
- трахеостомия (виж блок [569])

- 92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа
92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа
92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Вентилаторно подпомагане

Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

- 13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа
13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

Приложение на фармакотерапия

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 три основни диагностични процедури, от които едната е задължително (91910-04/91910-13/91910-26/91910-27/91910-33///13310-00/13311-00/13842-00/13842-01 и/или 91911-03), 91910-36/91910-37- при необходимост, 11700-00, 55113-00 или 55118-00 и две основни терапевтични процедури, от които кодът за механична вентилация 13882-00 или 13882-02 или 13882-01 е задължителен. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1858 - Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи, 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, като същевременно се изпълнява изискването „Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Желязо и ЖСК (при необходимост); КГА; Креатинин и/или BNP/pro-BNP“.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинските специалности "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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 детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация или Детско интензивно отделение
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, велоергометър, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари със специалност по детски болести, от които поне един със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;
- 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/детска кардиология/детска ревмокардиология.

3. 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.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение с прилагане на механична вентилация при пациенти с:

- остра сърдечна недостатъчност - белодробен оток, налагаща механична вентилация;
- хронична сърдечна недостатъчност III и IV функционален клас по NYHA, налагаща механична вентилация;
- болни с тежки придружаващи заболявания, включително инфекции на дихателната система, обострящи сърдечната недостатъчност, и необходимост от приложение на механична вентилация;
- остра и хронична сърдечна недостатъчност в детска възраст, налагаща механична вентилация.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен 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-та 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.

Класификация на степен на СН по ROSS - оценка при кърмачета и малки деца

Клас	Интерпретация
I	Асимптоматични
II	Умерено изразена тахипнея или изпотяване при хранене на кърмачета Диспнея при усилие на по-големи деца
III	Изразена тахипнея и изпотяване при хранене при кърмачета Удължено време за хранене и задръжка на теловен прираст При по-големите деца изразена диспнея при усилие.
IV	Симптоми включващи тахипнея, пъшкане и умора в покой.

Алгоритъм за медикаментозно лечение

Основни групи медикаменти:

- ❖ Диуретици.

- ❖ ACE инхибитори.
- ❖ AT2 блокери (сартани).
- ❖ Бета-блокери.
- ❖ Дигиталис.
- ❖ Антиаритмици (при ФИ под 40% - антиаритмици III клас).
- ❖ Антикоагуланти.
- ❖ Катехоламини.
- ❖ Антибиотици.
- ❖ Секретолитици.
- ❖ Седатива и миорелаксанти.
- ❖ H2-блокери.
- ❖ Извънбъбречни методи за очистване на кръвта – хемодиализа с ултрафилтрация и/или спонтанна артериовенозна хемофилтрация.
- ❖ Корекция на анемия – желязни препарати, кръвопреливане, еритропоетинови препарати.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

На базата на клиничната картина, инструменталните (ехокардиография, ЕКГ, RÖ) и лабораторни изследвания.

4. 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:

- отпадане на необходимостта от механична вентилация;
- подобряване на функционалния клас и/или овладяване на симптоматиката.

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска 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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите

консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дата на изписване:

Дадена епикриза на пациента:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Сърдечната недостатъчност (слабост) е състояние на невъзможност сърцето да изпомпва необходимото количество кръв към органите във Вашето тяло. В резултат на това най-често се явяват задух, лесна умора, нощна кашлица, отоци по крайниците, сърцебиене, болки в гърдите при усилия и др.

За кърмачетата са характерни следните симптоми: учестено дишане (тахипнея), изпотяване при хранене, ненаддаване на тегло. В по-тежките случаи се появява пъшкане в покой. За по-големите деца е характерно затруднено дишане (диспнея) при усилие.

Когато тези симптоми се развиват внезапно и бързо, може да съществува реална опасност за Вашия живот. Постъпването в болнично заведение по спешност е наложително в случаите на: гръдна болка, неповлияла се от нитроглицерин, на остро настъпило сърцебиене или невъзможност да лежите в леглото поради внезапно появил се задух.

Болнично лечение ще се наложи и в случаите, в които въпреки прилагането на нужните лекарства и спазването на съветите на Вашите лекари, състоянието Ви не се подобрява. Там най-вероятно ще Ви приложат лекарства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, ще Ви се направи рентгенов преглед, вероятно ще последват и допълнителни лечебни и диагностични действия. Всичко това е необходимо за правилната диагноза и лечение, чиято цел е запазване на Вашия живот и здраве.

Най-честите причини за развитието и прогресирането на сърдечната недостатъчност са нелекуването на артериалната хипертония (високото кръвно налягане), исхемичната болест (гръдната жаба), сърдечният инфаркт и сърдечните пороци, а при деца - вродени сърдечни малформации или миокардно заболяване.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар и кардиолог, но много важно за Вас ще е и ограничаването на употребата на сол, спирането на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, снижаването на телесното тегло, кръвния холестерол и захар, ако са били завишени.

Заболяването Ви е хронично и ще изисква системно непрекъснато лечение с лекарства и спазване на препоръчвания от лекарите Ви режим на живот. Само по този начин може да намалите оплакванията и удължите живота си.

КП № 31 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ

КП № 31.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 28 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

B37.6† Кандидозен ендокардит (I39.8*)

Остър и подостър ендокардит

Не включва: остър ревматичен ендокардит (I01.1)
ендокардит БДУ (I38)

I33.0 Остър и подостър инфекциозен ендокардит

Ендокардит (остър)(подостър):

- бактериален
- инфекциозен БДУ
- лент
- злокачествен
- септичен
- улцерозен

При необходимост от идентифициране на инфекциозния причинител се използва допълнителен код (B95—B97).

Ендокардит и увреждания на сърдечните клапи при болести, класифицирани другаде

Включва: увреждане на ендокарда при:

- кандидозна инфекция (B37.6†)
- гонококова инфекция (A54.8†)
- болест на Libman - Sacks (M32.1†)
- менингококова инфекция (A39.5†)
- ревматоиден артрит (M05.3†)
- сифилис (A52.0†)
- туберкулоза (A18.8†)
- коремен тиф (A01.0†)

I39.0* Увреждания на митралната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.1* Увреждания на аортната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.2* Увреждания на трикуспидалната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.3* Увреждания на пулмоналната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.4* Увреждания на няколко клапи при болести, класифицирани другаде

I39.8* Ендокардит без уточняване на засегнатата клапа при болести, класифицирани другаде

Кодовете от рубриката I39, 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.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на сърце	
	<p>Ехокардиография</p> <p><i>Включва:</i> такъв изпълнен:</p> <ul style="list-style-type: none"> • използвайки: <ul style="list-style-type: none"> • 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
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
	<p>Включва следния медико-диагностичен пакет</p> <p>ПКК</p> <p>Електролити – Na, K</p> <p>Хемостазеологичен статус</p>
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
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
1924	Биохимична изследвания
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>

96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p>Кодирай също когато е направена:</p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p>Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури и две основни терапевтични процедури, едната от които е 96199-02. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания и 1924 – Биохимични 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: ПКК; Електролити – Na, K; Хемостазеологичен статус.

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 насочване на пациента за спешно кардиохирургично лечение, минималният болничен престой може да бъде по-малък от 28 дни. В такъв случай пътеката се счита за завършена при изпълнени минимум две основни диагностични (55113-00 или 55118-00 и 91937-02) и две основни терапевтични процедури, от които едната е 96199-02 – инжекция на антибиотик.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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".

1. 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, велоергометър, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

2. 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

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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 експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

3. 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**.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение при пациенти с:

- болни с клинични, микробиологични и ехографски данни за инфекциозен ендокардит;
- рецидив на заболяването след проведено оптимално лечение;
- болни с интраоперативни данни за инфекциозен ендокардит - за продължаване на лечението.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Терапевтичен режим при нативен ендокардит, причинен от пеницилин-чувствителни *Streptococci viridans* или *Streptococci bovis* (МИК $\leq 0,125$ мкг/мл)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin	12-20 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози	4	Предпочитан при повечето пациенти >65 год. и при пациенти с нарушена функция на VIII ЧМН или нарушена бъбречна функция
или Ceftriaxon	2,0 г веднъж дневно ИВ или ИМ	4	
Benzylpenicillin	12-20 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози	2	Серумната концентрация на Gentamicin, изследвана 1 час след 20-30 мин. ИВ инфузия или ИМ инжекция е желателно да бъде 3
плюс Gentamicin	1 мг/кг ИМ или ИВ на	2	

	всеки 8 часа		мкг/мл; минималната концентрация трябва да бъде <1 мкг/мл. Дозирането в мг/кг се извършва въз основа на "идеалното" тегло при пациенти със затлъстяване
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторира	4	Лечението с Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета-лактами; максималните (пиковите) серумни концентрации на Vancomycin се получават 1 час след приключване на инфузията и трябва да бъдат в диапазона 30-45 мкг/мл при двукратно приложение. Дозирането в мг/кг се извършва въз основа на "идеалното" тегло при пациенти със затлъстяване

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно; ИМ – интрамускулно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Терапевтичен режим при нативен ендокардит, причинен от щамове *Streptococci viridans* и *Streptococci bovis*, относително резистентни към пеницилин (МИК >0,125 мкг/мл, но <0,5 мкг/мл)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin	20-24 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози	4	При пациенти със свръхчувствителност към пеницилин, която <u>не</u> е от бърз тип, той може да бъде заменен с Cefazolin или друг цефалоспорин от I генерация
Или Ceftriaxone (при алергия към Penicillin)	2гр./24 часа веднъж дневно ИВ или ИМ.	4	
плюс Gentamicin	3 мг/кг/24ч и.в. разделен на 2 или 3 еднакви дози, последвано от Ceftriaxone 2гр./24часа ИВ или ИМ за следващите 2 седмици.	2 2	
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторира	4	Лечение с Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета-лактами

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно; ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от относително резистентни стрептококи (МИК 0,125 - 2 мг/лт)

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin	24 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 6 еднакви дози	4-6	4-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите <3 мес.;
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	2	
Или Amoxicillin	200мг/кг/24 часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози. (педиатрични дози 300мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози)	4-6	6-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите > 3 мес.
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	2	
При алергия към В-лактамени антибиотици			Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета- лактами; цефалоспорините не са подходяща алтернатива при пациенти, алергични към пеницилин, а при ентерококов ендокардит не са показани.
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторират	4-6	
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	2	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

* Антибиотичните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3-А (1 и 2)

Стратегия за избор на терапия на ентерококов ендокардит

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – А (1)

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Enterococci*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
------------	----------------------------	-------------------------	----------

Amoxicillin	200мг/кг/24часа ИВ разделен на 4 или 6 еднакви дози	4-6	4-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите <3 мес.;
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 еднакви дози	4-6	
Amoxicillin	Педиатрични дози : 300мг/кг/24 часа ИВ разделен на 4 или 6 еднакви дози	4-6	6-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите > 3 мес.
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 3 еднакви дози	4-6	
или			
Ampicillin	200мг/кг/24 часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози.	4-6	
плюс Gentamicin	Както в предходното	4-6	
Ampicillin	Педиатрични дози : 300мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози	4-6	
плюс Gentamicin	Както в предходното		
или			
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторира	6	Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета- лактами; цефалоспорините <u>не са</u> подходяща алтернатива при пациенти, алергични към пеницилин.
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 еднакви дози	6	
Vancomycin HCl	Педиатрични дози : 40мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 2 или 3 еднакви дози	6	
плюс Gentamicin	Както в предходното	6	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество
за лечение на ИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – А (2)

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Enterococci*

- А. При високо ниво на резистентност към gentamicin (МИК>500mg/L): ако ентерококите са чувствителни на streptomycin, да се замени Ggentamicin със Streptomycin в доза 15мг/кг/24часа разделена на 2 еднакви приема. В противен случай, използвайте по-продължително приложение на В-лактам антибиотик. Комбинация от ampicillin със ceftriaxone напоследък се препоръчва за Gentamicin –резистентни E. faecalis.
- Б. В-лактамна резистентност: Ако микроорганизма е с В-лактамна продукция, заменете Ampicillin с Ampicillin–sulbactam или Amoxicillin с Amoxicillin–clavulanate. Ако се налага промяна използвайте режимите с Vancomycin HCl.

В. При мултирезистентност към аминоглюкозидни, В-лактамни антибиотици и Vancomycin HCl: се препоръчват следните алтернативи: Linezolid 2 x 600 мг/24 часа ИВ или през устата за не по-малко от 8 седмици (при мониториране за хематологична токсичност) или Quinupristin-dafopristin 3 x 7.5 мг/кг/24 часа за най-малко 8 седмици. Други възможности са: В лактамни комбинации включващи imipenem + ampicillin или ceftriaxone + ampicillin за най-малко 8 седмици.

Г. Шест седмично медикаментозно лечение се препоръчва при пациенти със симптоматика повече от 3 месеца или при протезен ендокардит.

Д. Мониторирайте серумните нива на аминоглюкозидите и бъбречната функция.

Е. Педиатричните дози не бива да превишават дозировките за възрастни.

Ж. При пациенти с алергия към В-лактамни антибиотици на лечение с Vancomycin HCl, да се мониторира серумните нива.

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

I. Идеалното лечение включва медикамент, атакуващ бактериалната клетъчна стена *плюс* ефективен аминогликозид с цел постигане на бактерициден синергизъм.

II. Антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена:

А. Определете МИК на ампицилин и ванкомицин; направете тест за продукция на бета-лактамаза (нитроцефинов тест).

Б. Ако ентерококът е чувствителен, както на ампицилин, така и на ванкомицин, изберете ампицилин.

В. Ако ентерококът е резистентен на ампицилин (МИК ≥ 16 мкг/мл), изберете ванкомицин.

Г. Ако се установи, че ентерококът произвежда бета-лактамаза, изберете ванкомицин или евентуално ампицилин-сулбактам.

Д. Ако изолираният ентерокок е резистентен, както на ампицилин, така и на ванкомицин (МИК ≥ 16 мкг/мл), изберете евентуално тейкопланин.

Е. Ако изолираният ентерокок е резистентен на ампицилин и високо-резистентен, както на ванкомицин, така и на тейкопланин (МИК ≥ 256 мкг/мл), вижте т. IV.

III. Аминогликозид, който се комбинира с антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена (т. II):

А. При отсъствие на високи нива на резистентност на изолирания ентерокок към стрептомицин (МИК < 2000 мкг/мл) или гентамицин (МИК $< 500-2000$ мкг/мл), изберете гентамицин или стрептомицин.

Б. При високи нива на резистентност на изолирания ентерокок към гентамицин (МИК $> 500-2000$ мкг/мл) го тествайте за чувствителност към стрептомицин. При отсъствие на високо ниво на резистентност към стрептомицин, изберете стрептомицин.

В. При високи нива на резистентност на изолирания ентерокок, както към гентамицин, така и към стрептомицин, назначаването им отпада; приложете удължен курс на лечение с антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена (8-12 седмици).

IV. Алтернативни режими и подходи.

А. Детайлно разглеждане на възможностите за лечение с ампицилин, ванкомицин (или тейкопланин) и гентамицин (или стрептомицин, въз основа на липсата на високо ниво на резистентност)

Б. Лечението с флуорквинолони, рифампин или триметоприм-сулфаметоксазол е със съмнителна ефективност.

В. Обсъждане на супресивна терапия с хлорамфеникол или тетрациклинов препарат и хирургично лечение.

Г. Обсъждане на терапия с Quinupristin&Dalfopristin при изолиран причинител на ендокардита чувствителен към тях *Enterococcus faecium*.

Д. Монотерапия (т. III В) и хирургично лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Staphylococci, при отсъствие на протезен материал (клапна протеза)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност	Коментар
Метицилин-чувствителни Staphylococci			
При пациенти без алергия към бета-лактами Oxacillin (или Flucloxacillin) + Gentamicin	12,0 г/24часа ИВ разделен на 4 -6 приема. 3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6 седм. 3-5 дена	Ползата от прибавяне на аминогликозиди не е доказана.
Метицилин-резистентни Staphylococci			
При пациенти с алергия към бета-лактами или <u>Methicillin резистентни стафилококи</u> Vancomycin 			

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* За лечение на ендокардит, причинен от пеницилин-чувствителни Staphylococci (МИК $\leq 0,1$ мкг/мл), вместо оксацилин (или флуклоксацилин), може да се приложи Benzylpenicillin в режим, еднакъв с този при високочувствителни Streptococci viridans за 4-6 седм. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Staphylococci, при наличие на клапна протеза или друг протезен материал*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Метицилин-чувствителни Staphylococci			
Oxacillin (или Flucloxacillin)	12,0 г/24часа ИВ разделен на 4 -6	≥ 6	

плюс Rifampin	приема. 1200 мг /24 часа ИВ или пер ос разделен на 2 приема.	≥6	Rifampin повишава количеството Асепосимарол, необходимо за оптимална анти тромбозна терапия.
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2	
Метицилин-резистентни Staphylococci			
Vancomycin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторира.	≥6	При пациенти, алергични към бета-лактами да се прилагат цефалоспорици от I генерация или Vancomycin.
плюс Rifampin	1200 мг /24 часа ИВ или пер ос разделен на 2 приема.	≥6	Цефалоспориците трябва да бъдат избягвани при пациенти със свръхчувствителност от бърз тип към пеницилин или при метицилин-резистентни стафилококи
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Посочените дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в Приложение 1.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от микроорганизми от групата HACEK (*Haemophilus parainfluenzae*, *Haemophilus aphrophilus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens* и *Kingella kingae*)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Ceftriaxone	2,0 г веднъж дневно ИВ	4	Може да бъде заменен с Cefotaxime или друг цефалоспорин от III генерация.
Ampicillin	12 г/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 6 еднакви дози	4	
плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

При пациенти, които не понасят лечение с бета-лактами, се препоръчва лечение с триметоприм-сулфаметоксазол, флуороквинолони или азтреонам.

Ampicillin не трябва да се прилага при положителни лабораторни (микробиологични) тестове за производство на бета-лактамаза.

За прецизиране на лечението – вижте коментара на *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Терапевтични режими при инфекциозен ендокардит, причинен от други микроорганизми*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)
ENTEROBACTERIACEAE		
Cefotaxim	8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
<i>или</i> Imipenem	4 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
<i>или</i> Aztreonam	8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
<i>плюс</i> Gentamicin	1,7 мг/кг ИВ през 8 часа	4-6
PSEUDOMONAS AERUGINOSA		
Piperacillin	18 г/24 ч ИВ, разделен на 6 еднакви дози	6
<i>или</i> Ceftazidime		
<i>или</i> Imipenem	6 г/24 ч ИВ, разделен на 3 еднакви дози	6
<i>или</i> Aztreonam		
<i>плюс</i> Tobramycin	2-4 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	6
	8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	6
	1,7 мг/кг ИВ през 8 часа	6
FUNGI		
Amphotericin B	1 мг/кг/24 ч ИВ	6-8
<i>плюс</i> Flucytosine	150 мг/кг/24 ч пер ос, разделен на 4 еднакви дози	6-8

* Дозите са за възрастни пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно.

Или друг цефалоспорин от III генерация.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

ПРАКТИЧЕСКИ ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ СИГУРЕН ИЛИ ВЕРОЯТЕН ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ ПРЕДИ ИЗОЛИРАНЕ НА МИКРОБНИЯ ПРИЧИНИТЕЛ ИЛИ ПРИ НЕГАТИВНИ ХЕМОКУЛТУРИ, КОГАТО ЛИПСВАТ ДАННИ, НАСОЧВАЩИ КЪМ ИЛИ СЪМНИТЕЛНИ ЗА СПЕЦИФИЧЕН ЕТИОЛОГИЧЕН ПРИЧИНИТЕЛ*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)
Нативен ендокардит (отсъствие на (клапно-) протезен материал)		
Ampicillin-Sulbactam	12 г/24 часа ИВ разпределен в 4 еднакви дози	4-6
<i>или</i> Amoxicillin-Clavulanate	12 г/24 часа ИВ разпределен в 4 еднакви дози	4-6

плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6
При пациенти алергични към В-лактамини антибиотици		
Vancomycin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторира.	4-6
плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6
плюс Ciprofloxacin	1000мг/24часа орално разделен на 2 приема или 800мг/24часа ИВ разделен на 2 приема	4-6
(Клапно-) протезен ендокардит < 12 месеца след хирургия.		
Vancomycin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторира.	4-6
плюс Rifampin	1200 мг /24 часа пер ос разделен на 2 приема.	2
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2
(Клапно-) протезен ендокардит > 12 месеца след хирургия. Лечението е като при ИЕ на нативните клапи		

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

Указания за спешно и неотложно оперативно лечение на ИЕ на нативни митрална и/или аортна клапи - виж Приложение № 9:

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9

Препоръки: индикации за хирургия при ИЕ на нативни митрална и/или аортна клапи.	Време за операция	Клас	Ниво
А – Сърдечна недостатъчност			
ИЕ на аортната или митралната клапа с високостепенна регургитация или клапна обструкция причиняващи рефрактерен белодробен едем или кардиогенен шок.	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с фистула в сърдечна камера или перикард предизвикващи рефрактерен белодробен оток или шок.	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с тежка остра регургитация или клапна обструкция и персистираща сърдечна недостатъчност или ЕхоКГ белези на лош хемодинамичен толеранс (ранно митрално затваряне или пулмонална хипертония)	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с високостепенна регургитация, но без сърдечна недостатъчност.	Планов	IIa	B
Б - Неконтролирана инфекция			
Локално неконтролирана инфекция (абсцес, фалшива аневризма, фистула и нарастваща вегетация)	Спешен	I	B
Персистиращ фебрилитет и позитивни хемокултури за 5-7 дни.	Спешен	I	B
Инфекция причинена от фунги или резистентни на АБ лечение микроорганизми.	Неотложен/Планов	I	B
В – Профилактика на емболии			

ИЕ на аортната или митралната клапа с вегетации (>10мм) с последващ един или няколко емболични инцидента, въпреки обоснованата антибиотична терапия.	Спешен	I	B
ИЕ на аортната или митралната клапа с вегетации (>10мм) и други предиктори за усложнено протичане (сърдечна недостатъчност, персистираща инфекция, абсцеси)	Спешен	I	C
Изолирани големи вегетации (>15мм)	Спешен	IIb	c

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

Използвано съкращение ИЕ – Инфекциозен ендокардит.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ ЗА ИЕ:

Големи критерии:

- Положителни хемокултури:
 - типични за ИЕ микроорганизми в две отделни хемокултури;
 - трайно положителни хемокултури (трайна бактериемия), която се дефинира по следния начин: изолиране на причинител от хемокултури, взети през интервал > 12 часа или три положителни хемокултури, когато първата и последната са взети през интервал > 1 час
- Данни за засягане на ендокарда:
 - положителна ехокардиограма;
 - новоустановена клапна регургитация (засилване или промяна в характеристиката на предшестващ сърдечен шум не са достатъчен критерий)

Малки критерии:

- Предиспозиция: предлазполагащи сърдечни състояния или венозна наркомания.
- Фебрилитет $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$.
- Съдови феномени: артериален макроемболизъм, септични белодробни инфаркти, микотична аневризма, интракраниална хеморагия, конюнктивални кръвоизливи, лезии на Janeway.
- Имунологични феномени: гломерулонефрит, възли на Osler, петна на Roth, ревматоиден фактор.
- Микробиологични данни: положителни хемокултури или серологични данни за активна инфекция с микроорганизми, за които се знае, че предизвикват ИЕ.
- Ехокардиограма, насочваща към ИЕ, но непокриваща големите критерии.

СИГУРНА ДИАГНОЗА ИЕ

ПАТОЛОГИЧНИ КРИТЕРИИ:

Микроорганизми: установени във вегетация или в емболизираща вегетация или във вътресърдечен абсцес,
или

Патологична лезия: наличие на вегетация или вътресърдечен абсцес, потвърдени хистологично и имащи характеристика на активен ендокардит.

КЛИНИЧНИ КРИТЕРИИ (наличие на):

Два големи критерия

или

Един голям и два малки критерия

или

Пет малки критерия.

Състояния, при които се препоръчва профилактика на ИЕ:

Високо рискови:

Клапни протези, прекаран бактериален ендокардит, сложни цианотични ВСМ, хирургично конструирани системно-белодробни шънтове или кондюити.

Умерено рискови:

Повечето други ВСМ, придобити клапни пороци, хипертрофична КМП, пролапс на М клапа с клапна регургитация и/или задебеляване на платната.

Профилактиката се провежда при стоматологични процедури, съпроводени с нарушаване целостта на лигавицата, при операции на респираторния (тонзиладеноидектомия, бронхоскопия), гастро-интестиналния или урогениталния тракт (цистоскопия, операции на простатата и уретрата).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се изписва след провеждане на пълния антибиотичен курс и стабилизиране на хемодинамиката. Задължително преди изписването се взема кръв за контролни хемокултури.

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:

- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели, в деня преди дехоспитализацията.

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска 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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

СН: ☐ компенсирана

☐ субкомпенсирана

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ

Заболяването инфекциозен ендокардит представлява възпаление на вътрешната обвивка на сърдечните кухини и сърдечните клапи, което се причинява от микроорганизми, попаднали в кръвта без видими за Вас причини или при различни (стоматологични и други)

манипулации и операции и засяга най-често хора, които имат предшестващи сърдечни заболявания (сърдечен порок). То изисква продължително лечение с венозни антибиотици, което задължително се осъществява в болница.

Клинично се проявява с повишена температура, която може да продължи дълго време и за която често първоначално не може да се намери обяснение.

Често заболяването протича с усложнения като сърдечна недостатъчност, периферни емболии (вкл. мозъчен инсулт), нарушения на сърдечния ритъм, анемия, общоинтоксикационни прояви. Понякога, въпреки правилно проведеното лечение, заболяването води до сериозно увреждане на засегнатите сърдечни клапи и необходимост от оперативно лечение (изрязване на болната сърдечна клапа и клапно протезиране – подмяната ѝ с изкуствена клапа).

За правилното осъществяване на основното лечение често е необходимо поставянето на централен венозен катетър, който периодично се подменя. Централният венозен катетър (път) представлява тънка пластмасова тръбичка, която се поставя по следния начин:

След щателно почистване и дезинфекциране на кожата се прави местно обезболяване на кожата и подкожието. Със специална игла (както при правене на венозна инжекция) се пунктира (пробожда) голяма вена. След влизане във вената, през отвора на иглата се поставя гъвкаво тънко жило (водач), по което, след изваждане на иглата, се въвежда самият катетър. Водачът също се изважда. Външният край на катетъра, който се фиксира с хирургичен конец, е пригоден за свързване с кранче, което заедно с него се фиксира върху кожата с лепенка. Манипулацията се извършва при спазване на правилата за стерилност. Противопоказания: практически няма.

Инфекциозният ендокардит е сериозно заболяване, което често протича усложнено, налага продължителен болничен престой и изисква активното сътрудничество на пациента.

След изписването от болница Вие ще трябва да посещавате редовно Вашия ОПЛ и кардиолог и да спазвате препоръките, които те Ви дадат.

По-подробна информация ще получите от лекуващия си екип.

КП № 31 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ

КП № 31.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 28 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

B37.6† Кандидозен ендокардит (I39.8*)

Остър и подостър ендокардит

Не включва: остър ревматичен ендокардит (I01.1)
ендокардит БДУ (I38)

I33.0 Остър и подостър инфекциозен ендокардит

Ендокардит (остър)(подостър):

- бактериален
- инфекциозен БДУ
- лент
- злокачествен
- септичен
- улцерозен

При необходимост от идентифициране на инфекциозния причинител се използва допълнителен код (B95—B97).

Ендокардит и увреждания на сърдечните клапи при болести, класифицирани другаде

Включва: увреждане на ендокарда при:

- кандидозна инфекция (B37.6†)
- гонококова инфекция (A54.8†)
- болест на Libman - Sacks (M32.1†)
- менингококова инфекция (A39.5†)
- ревматоиден артрит (M05.3†)
- сифилис (A52.0†)
- туберкулоза (A18.8†)
- коремен тиф (A01.0†)

I39.0* Увреждания на митралната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.1* Увреждания на аортната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.2* Увреждания на трикуспидалната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.3* Увреждания на пулмоналната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.4* Увреждания на няколко клапи при болести, класифицирани другаде

I39.8* Ендокардит без уточняване на засегнатата клапа при болести, класифицирани другаде

Кодовете от рубриката I39, 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.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на сърце	
	<p>Ехокардиография</p> <p>Включва: такъв изпълнен:</p> <ul style="list-style-type: none"> • използвайки: <ul style="list-style-type: none"> • 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
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
	<p>Включва следния медико-диагностичен пакет</p> <p>ПКК</p> <p>Електролити – Na, K</p> <p>Хемостазеологичен статус</p>
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
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
1924	Биохимична изследвания
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p>Кодирай също когато е направена:</p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p>Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
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 три основни диагностични процедури и две основни терапевтични процедури, едната от които е 96199-02. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания и 1924 – Биохимични 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: ПКК; Електролити – Na, K; Хемостазеологичен статус.

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 насочване на пациента за спешно кардиохирургично лечение, минималният болничен престой може да бъде по-малък от 28 дни. В такъв случай пътеката се счита за завършена при изпълнени минимум две основни диагностични 55113-00 или 55118-00 и 91937-02 и две основни терапевтични процедури, от които едната е 96199-02 – инжекция на антибиотик.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

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

1. 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 детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация или Детско интензивно отделение
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, велоергометър, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

2. 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

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари със специалност по детски болести, от които поне един със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;
- 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/детска кардиология/детска ревмокардиология.

3. 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**.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение при пациенти с:

- болни с клинични, микробиологични и ехографски данни за инфекциозен ендокардит;
- рецидив на заболяването след проведено оптимално лечение;
- болни с интраоперативни данни за инфекциозен ендокардит - за продължаване на лечението.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Терапевтичен режим при нативен ендокардит, причинен от пеницилин-чувствителни *Streptococci viridans* или *Streptococci bovis* (МИК $\leq 0,125$ мкг/мл)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin	12-20 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози	4	Предпочитан при повечето пациенти >65 год. и при пациенти с нарушена функция на VIII ЧМН или нарушена бъбречна функция
или Ceftriaxon	2,0 г веднъж дневно ИВ или ИМ	4	
Benzylpenicillin	12-20 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози	2	Серумната концентрация на Gentamicin, изследвана 1 час след 20-30 мин. ИВ инфузия или ИМ инжекция е желателно да бъде 3
плюс Gentamicin	1 мг/кг ИМ или ИВ на	2	

	всеки 8 часа		мкг/мл; минималната концентрация трябва да бъде <1 мкг/мл. Дозирането в мг/кг се извършва въз основа на "идеалното" тегло при пациенти със затлъстяване
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторира	4	Лечението с Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета-лактами; максималните (пиковите) серумни концентрации на Vancomycin се получават 1 час след приключване на инфузията и трябва да бъдат в диапазона 30-45 мкг/мл при двукратно приложение. Дозирането в мг/кг се извършва въз основа на "идеалното" тегло при пациенти със затлъстяване

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно; ИМ – интрамускулно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Терапевтичен режим при нативен ендокардит, причинен от щамове *Streptococci viridans* и *Streptococci bovis*, относително резистентни към пеницилин (МИК >0,125 мкг/мл, но <0,5 мкг/мл)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin	20-24 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози	4	При пациенти със свръхчувствителност към пеницилин, която <u>не</u> е от бърз тип, той може да бъде заменен с Cefazolin или друг цефалоспорин от I генерация
Или Ceftriaxone (при алергия към Penicillin)	2гр./24 часа веднъж дневно ИВ или ИМ.	4	
плюс Gentamicin	3 мг/кг/24ч и.в. разделен на 2 или 3 еднакви дози, последвано от Ceftriaxone 2гр./24часа ИВ или ИМ за следващите 2 седмици.	2 2	
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторира	4	Лечение с Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета-лактами

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно; ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от относително резистентни стрептококи (МИК 0,125 - 2 мг/лт)

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin	24 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 6 еднакви дози	4-6	4-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите <3 мес.;
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	2	
Или Amoxicillin	200мг/кг/24 часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози. (педиатрични дози 300мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози)	4-6	6-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите > 3 мес.
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	2	
При алергия към В-лактамни антибиотици			Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета- лактами; цефалоспорините не са подходяща алтернатива при пациенти, алергични към пеницилин, а при ентерококов ендокардит не са показани.
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторират	4-6	
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	2	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

* Антибиотичните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3-А (1 и 2)

Стратегия за избор на терапия на ентерококов ендокардит

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – А (1)

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Enterococci*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
------------	----------------------------	-------------------------	----------

Amoxicillin	200мг/кг/24часа ИВ разделен на 4 или 6 еднакви дози	4-6	4-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите <3 мес.;
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 еднакви дози	4-6	
Amoxicillin	Педиатрични дози : 300мг/кг/24 часа ИВ разделен на 4 или 6 еднакви дози	4-6	6-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите > 3 мес.
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 3 еднакви дози	4-6	
или			
Ampicillin	200мг/кг/24 часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози.	4-6	
плюс Gentamicin	Както в предходното	4-6	
Ampicillin	Педиатрични дози : 300мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози	4-6	
плюс Gentamicin	Както в предходното		
или			
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторира	6	Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета- лактами; цефалоспорините <u>не са</u> подходяща алтернатива при пациенти, алергични към пеницилин.
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 еднакви дози	6	
Vancomycin HCl	Педиатрични дози : 40мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 2 или 3 еднакви дози	6	
плюс Gentamicin	Както в предходното	6	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество
за лечение на ИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – А (2)

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Enterococci*

- А. При високо ниво на резистентност към gentamicin (МИК>500mg/L): ако ентерококите са чувствителни на streptomycin, да се замени Ggentamicin със Streptomycin в доза 15мг/кг/24часа разделена на 2 еднакви приема. В противен случай, използвайте по-продължително приложение на В-лактам антибиотик. Комбинация от ampicillin със ceftriaxone напоследък се препоръчва за Gentamicin –резистентни E. faecalis.
- Б. В-лактамна резистентност: Ако микроорганизма е с В-лактамна продукция, заменете Ampicillin с Ampicillin–sulbactam или Amoxicillin с Amoxicillin–clavulanate. Ако се налага промяна използвайте режимите с Vancomycin HCl.

В. При мултирезистентност към аминоглюкозидни, В-лактамни антибиотици и Vancomycin HCl: се препоръчват следните алтернативи: Linezolid 2 x 600 мг/24 часа ИВ или през устата за не по-малко от 8 седмици (при мониториране за хематологична токсичност) или Quinupristin-dafopristin 3 x 7.5 мг/кг/24 часа за най-малко 8 седмици. Други възможности са: В лактамни комбинации включващи imipenem + ampicillin или ceftriaxone + ampicillin за най-малко 8 седмици.

Г. Шест седмично медикаментозно лечение се препоръчва при пациенти със симптоматика повече от 3 месеца или при протезен ендокардит.

Д. Мониторирайте серумните нива на аминоглюкозидите и бъбречната функция.

Е. Педиатричните дози не бива да превишават дозировките за възрастни.

Ж. При пациенти с алергия към В-лактамни антибиотици на лечение с Vancomycin HCl, да се мониторира серумните нива.

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

I. Идеалното лечение включва медикамент, атакуващ бактериалната клетъчна стена *плюс* ефективен аминогликозид с цел постигане на бактерициден синергизъм.

II. Антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена:

А. Определете МИК на ампицилин и ванкомицин; направете тест за продукция на бета-лактамаза (нитроцефинов тест).

Б. Ако ентерококът е чувствителен, както на ампицилин, така и на ванкомицин, изберете ампицилин.

В. Ако ентерококът е резистентен на ампицилин (МИК ≥ 16 мкг/мл), изберете ванкомицин.

Г. Ако се установи, че ентерококът произвежда бета-лактамаза, изберете ванкомицин или евентуално ампицилин-сулбактам.

Д. Ако изолираният ентерокок е резистентен, както на ампицилин, така и на ванкомицин (МИК ≥ 16 мкг/мл), изберете евентуално тейкопланин.

Е. Ако изолираният ентерокок е резистентен на ампицилин и високо-резистентен, както на ванкомицин, така и на тейкопланин (МИК ≥ 256 мкг/мл), вижте т. IV.

III. Аминогликозид, който се комбинира с антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена (т. II):

А. При отсъствие на високи нива на резистентност на изолирания ентерокок към стрептомицин (МИК < 2000 мкг/мл) или гентамицин (МИК $< 500-2000$ мкг/мл), изберете гентамицин или стрептомицин.

Б. При високи нива на резистентност на изолирания ентерокок към гентамицин (МИК $> 500-2000$ мкг/мл) го тествайте за чувствителност към стрептомицин. При отсъствие на високо ниво на резистентност към стрептомицин, изберете стрептомицин.

В. При високи нива на резистентност на изолирания ентерокок, както към гентамицин, така и към стрептомицин, назначаването им отпада; приложете удължен курс на лечение с антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена (8-12 седмици).

IV. Алтернативни режими и подходи.

А. Детайлно разглеждане на възможностите за лечение с ампицилин, ванкомицин (или тейкопланин) и гентамицин (или стрептомицин, въз основа на липсата на високо ниво на резистентност)

Б. Лечението с флуорквинолони, рифампин или триметоприм-сулфаметоксазол е със съмнителна ефективност.

В. Обсъждане на супресивна терапия с хлорамфеникол или тетрациклинов препарат и хирургично лечение.

Г. Обсъждане на терапия с Quinupristin&Dalfopristin при изолиран причинител на ендокардита чувствителен към тях *Enterococcus faecium*.

Д. Монотерапия (т. III В) и хирургично лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Staphylococci, при отсъствие на протезен материал (клапна протеза)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност	Коментар
Метицилин-чувствителни Staphylococci			
При пациенти без алергия към бета-лактами Oxacillin (или Flucloxacillin) + Gentamicin	12,0 г/24часа ИВ разделен на 4 -6 приема. 3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6 седм. 3-5 дена	Ползата от прибавяне на аминогликозиди не е доказана.
Метицилин-резистентни Staphylococci			
При пациенти с алергия към бета-лактами или <u>Methicillin резистентни стафилококи</u> Vancomycin <			

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* За лечение на ендокардит, причинен от пеницилин-чувствителни Staphylococci (МИК $\leq 0,1$ мкг/мл), вместо оксацилин (или флуклоксацилин), може да се приложи Benzylpenicillin в режим, еднакъв с този при високочувствителни Streptococci viridans за 4-6 седм. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Staphylococci, при наличие на клапна протеза или друг протезен материал*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Метицилин-чувствителни Staphylococci			
Oxacillin (или Flucloxacillin)	12,0 г/24часа ИВ разделен на 4 -6	≥ 6	

плюс Rifampin	приема. 1200 мг /24 часа ИВ или пер ос разделен на 2 приема.	≥6	Rifampin повишава количеството Асепосимарол, необходимо за оптимална анти тромбозна терапия.
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2	
Метицилин-резистентни Staphylococci			
Vancomycin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторира.	≥6	При пациенти, алергични към бета-лактами да се прилагат цефалоспорици от I генерация или Vancomycin.
плюс Rifampin	1200 мг /24 часа ИВ или пер ос разделен на 2 приема.	≥6	Цефалоспориците трябва да бъдат избягвани при пациенти със свръхчувствителност от бърз тип към пеницилин или при метицилин-резистентни стафилококи
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Посочените дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в Приложение 1.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от микроорганизми от групата HACEK (*Haemophilus parainfluenzae*, *Haemophilus aphrophilus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens* и *Kingella kingae*)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Ceftriaxone	2,0 г веднъж дневно ИВ	4	Може да бъде заменен с Cefotaxime или друг цефалоспорин от III генерация.
Ampicillin	12 г/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 6 еднакви дози	4	
плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

При пациенти, които не понасят лечение с бета-лактами, се препоръчва лечение с триметоприм-сулфаметоксазол, флуороквинолони или азтреонам.

Ampicillin не трябва да се прилага при положителни лабораторни (микробиологични) тестове за производство на бета-лактамаза.

За прецизиране на лечението – вижте коментара на *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Терапевтични режими при инфекциозен ендокардит, причинен от други микроорганизми*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)
ENTEROBACTERIACEAE		
Cefotaxim	8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
<i>или</i> Imipenem	4 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
<i>или</i> Aztreonam	8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
<i>плюс</i> Gentamicin	1,7 мг/кг ИВ през 8 часа	4-6
PSEUDOMONAS AERUGINOSA		
Piperacillin	18 г/24 ч ИВ, разделен на 6 еднакви дози	6
<i>или</i> Ceftazidime		
<i>или</i> Imipenem	6 г/24 ч ИВ, разделен на 3 еднакви дози	6
<i>или</i> Aztreonam		
<i>плюс</i> Tobramycin	2-4 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	6
	8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	6
	1,7 мг/кг ИВ през 8 часа	6
FUNGI		
Amphotericin B	1 мг/кг/24 ч ИВ	6-8
<i>плюс</i> Flucytosine	150 мг/кг/24 ч пер ос, разделен на 4 еднакви дози	6-8

* Дозите са за възрастни пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно.

Или друг цефалоспорин от III генерация.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

ПРАКТИЧЕСКИ ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ СИГУРЕН ИЛИ ВЕРОЯТЕН ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ ПРЕДИ ИЗОЛИРАНЕ НА МИКРОБНИЯ ПРИЧИНИТЕЛ ИЛИ ПРИ НЕГАТИВНИ ХЕМОКУЛТУРИ, КОГАТО ЛИПСВАТ ДАННИ, НАСОЧВАЩИ КЪМ ИЛИ СЪМНИТЕЛНИ ЗА СПЕЦИФИЧЕН ЕТИОЛОГИЧЕН ПРИЧИНИТЕЛ*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)
Нативен ендокардит (отсъствие на (клапно-) протезен материал)		
Ampicillin-Sulbactam	12 г/24 часа ИВ разпределен в 4 еднакви дози	4-6
<i>или</i> Amoxicillin-Clavulanate	12 г/24 часа ИВ разпределен в 4 еднакви дози	4-6

плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6
При пациенти алергични към В-лактамини антибиотици		
Vancomycin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторира.	4-6
плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6
плюс Ciprofloxacin	1000мг/24часа орално разделен на 2 приема или 800мг/24часа ИВ разделен на 2 приема	4-6
(Клапно-) протезен ендокардит < 12 месеца след хирургия.		
Vancomycin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторира.	4-6
плюс Rifampin	1200 мг /24 часа пер ос разделен на 2 приема.	2
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2
(Клапно-) протезен ендокардит > 12 месеца след хирургия. Лечението е като при ИЕ на нативните клапи		

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

Указания за спешно и неотложно оперативно лечение на ИЕ на нативни митрална и/или аортна клапи - виж Приложение № 9:

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9

Препоръки: индикации за хирургия при ИЕ на нативни митрална и/или аортна клапи.	Време за операция	Клас	Ниво
А – Сърдечна недостатъчност			
ИЕ на аортната или митралната клапа с високостепенна регургитация или клапна обструкция причиняващи рефрактерен белодробен едем или кардиогенен шок.	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с фистула в сърдечна камера или перикард предизвикващи рефрактерен белодробен оток или шок.	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с тежка остра регургитация или клапна обструкция и персистираща сърдечна недостатъчност или ЕхоКГ белези на лош хемодинамичен толеранс (ранно митрално затваряне или пулмонална хипертония)	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с високостепенна регургитация, но без сърдечна недостатъчност.	Планов	IIa	B
Б - Неконтролирана инфекция			
Локално неконтролирана инфекция (абсцес, фалшива аневризма, фистула и нарастваща вегетация)	Спешен	I	B
Персистиращ фебрилитет и позитивни хемокултури за 5-7 дни.	Спешен	I	B
Инфекция причинена от фунги или резистентни на АБ лечение микроорганизми.	Неотложен/Планов	I	B
В – Профилактика на емболии			

ИЕ на аортната или митралната клапа с вегетации (>10мм) с последващ един или няколко емболични инцидента, въпреки обоснованата антибиотична терапия.	Спешен	I	B
ИЕ на аортната или митралната клапа с вегетации (>10мм) и други предиктори за усложнено протичане (сърдечна недостатъчност, персистираща инфекция, абсцеси)	Спешен	I	C
Изолирани големи вегетации (>15мм)	Спешен	IIb	c

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

Използвано съкращение ИЕ – Инфекциозен ендокардит.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ ЗА ИЕ:

Големи критерии:

- Положителни хемокултури:
 - типични за ИЕ микроорганизми в две отделни хемокултури;
 - трайно положителни хемокултури (трайна бактериемия), която се дефинира по следния начин: изолиране на причинител от хемокултури, взети през интервал > 12 часа или три положителни хемокултури, когато първата и последната са взети през интервал > 1 час
- Данни за засягане на ендокарда:
 - положителна ехокардиограма;
 - новоустановена клапна регургитация (засилване или промяна в характеристиката на предшестващ сърдечен шум не са достатъчен критерий)

Малки критерии:

- Предиспозиция: предлазполагащи сърдечни състояния или венозна наркомания.
- Фебрилитет $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$.
- Съдови феномени: артериален макроемболизъм, септични белодробни инфаркти, микотична аневризма, интракраниална хеморагия, конюнктивални кръвоизливи, лезии на Janeway.
- Имунологични феномени: гломерулонефрит, възли на Osler, петна на Roth, ревматоиден фактор.
- Микробиологични данни: положителни хемокултури или серологични данни за активна инфекция с микроорганизми, за които се знае, че предизвикват ИЕ.
- Ехокардиограма, насочваща към ИЕ, но непокриваща големите критерии.

СИГУРНА ДИАГНОЗА ИЕ

ПАТОЛОГИЧНИ КРИТЕРИИ:

Микроорганизми: установени във вегетация или в емболизираща вегетация или във вътресърдечен абсцес,
или

Патологична лезия: наличие на вегетация или вътресърдечен абсцес, потвърдени хистологично и имащи характеристика на активен ендокардит.

КЛИНИЧНИ КРИТЕРИИ (наличие на):

Два големи критерия

или

Един голям и два малки критерия

или

Пет малки критерия.

Състояния, при които се препоръчва профилактика на ИЕ:

Високо рискови:

Клапни протези, прекаран бактериален ендокардит, сложни цианотични ВСМ, хирургично конструирани системно-белодробни шънтове или кондюити.

Умерено рискови:

Повечето други ВСМ, придобити клапни пороци, хипертрофична КМП, пролапс на М клапа с клапна регургитация и/или задебеляване на платната.

Профилактиката се провежда при стоматологични процедури, съпроводени с нарушаване целостта на лигавицата, при операции на респираторния (тонзиладеноидектомия, бронхоскопия), гастро-интестиналния или урогениталния тракт (цистоскопия, операции на простатата и уретрата).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се изписва след провеждане на пълния антибиотичен курс и стабилизиране на хемодинамиката. Задължително преди изписването се взема кръв за контролни хемокултури.

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:

- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели, в деня преди дехоспитализацията.

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска 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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: ☐☐☐/мин

АН: ☐☐☐/☐☐☐

СН: ☐ компенсирана

☐ субкомпенсирана

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ

Заболяването инфекциозен ендокардит представлява възпаление на вътрешната обвивка на сърдечните кухини и сърдечните клапи, което се причинява от микроорганизми, попаднали в кръвта без видими за Вас причини или при различни (стоматологични и други) манипулации и операции и засяга най-често хора, които имат предшестващи сърдечни заболявания (сърдечен порок). То изисква продължително лечение с венозни антибиотици, което задължително се осъществява в болница.

Клинично се проявява с повишена температура, която може да продължи дълго време и за която често първоначално не може да се намери обяснение.

Често заболяването протича с усложнения като сърдечна недостатъчност, периферни емболии (вкл. мозъчен инсулт), нарушения на сърдечния ритъм, анемия, общоинтоксикационни прояви. Понякога, въпреки правилно проведеното лечение, заболяването води до сериозно увреждане на засегнатите сърдечни клапи и необходимост от оперативно лечение (изрязване на болната сърдечна клапа и клапно протезиране – подмяната ѝ с изкуствена клапа).

За правилното осъществяване на основното лечение често е необходимо поставянето на централен венозен катетър, който периодично се подменя. Централният венозен катетър (път) представлява тънка пластмасова тръбичка, която се поставя по следния начин:

След щателно почистване и дезинфекциране на кожата се прави местно обезболяване на кожата и подкожието. Със специална игла (както при правене на венозна инжекция) се пунктира (пробожда) голяма вена. След влизане във вената, през отвора на иглата се поставя гъвкаво тънко жило (водач), по което, след изваждане на иглата, се въвежда самият катетър. Водачът също се изважда. Външният край на катетъра, който се фиксира с хирургичен конец, е пригоден за свързване с кранче, което заедно с него се фиксира върху кожата с лепенка. Манипулацията се извършва при спазване на правилата за стерилност. Противопоказания: практически няма.

Инфекциозният ендокардит е сериозно заболяване, което често протича усложнено, налага продължителен болничен престой и изисква активното сътрудничество на пациента.

След изписването от болница Вие ще трябва да посещавате редовно Вашия ОПЛ и кардиолог и да спазвате препоръките, които те Ви дадат.

По-подробна информация ще получите от лекуващия си екип.

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

Минимален болничен престой – 3 дни

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

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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 Двуизмерентрансезофагеален 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
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
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Дренаж на сърце	
38359-00	Перикардиоцентеза
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

	<p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

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; 91910-04, 91910-05, 91910-07, 91910-19, 91910-25, 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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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".

1. 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

2. 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

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

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.

3. 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.

II. 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.

1. 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.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

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.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

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

4. 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.

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

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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: ☐☐☐/мин

АН: ☐☐☐/☐☐☐

СН: ☐ компенсирана

☐ субкомпенсирана

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “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 нерядко 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 изяви 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.

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

КП № 32.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

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

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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 Двуизмерентрансезофагеален 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 хрчка 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 хрчка 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 хрчка 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 хрчка за клетъчен блок

91928-00 Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от хрчка

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 хрчка

Включва следния медико-диагностичен пакет:
Пълна кръвна картина
Биохимични показатели-креатинин, трансaminaзи
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
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
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Дренаж на сърце	
38359-00	Перикардиоцентеза
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

	<p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

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); (91910-04, 91910-05, 91910-07, 91910-19, 91910-25, 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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

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

1. 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 детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация или Детско интензивно отделение
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност

4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф

2. 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

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари със специалност по детски болести, от които поне един със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;
- 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/детска кардиология/детска ревмокардиология

3. 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.

II. 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.

1. 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.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

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.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

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

4. 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.

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

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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикриза. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

СН: ☐ компенсирана

☐ субкомпенсирана

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “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 нерядко 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 изяви на сърдечна недостатъчност – задух, лесна уморемост 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.

КП № 33 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА РИТЪМНИ И ПРОВОДНИ НАРУШЕНИЯ

Минимален болничен престой - 2 дни

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 астенция (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)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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

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
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	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-11	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-11	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>

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, 91910-39, 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 двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването: Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: ПКТ; 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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

I. 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".

1. 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

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. 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.

Блок 2. 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.

3. 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**.

II. 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.

1. 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.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

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, седиране, 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 радиочестотна 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.

Овластяване 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 – анти тромбоцитни (<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 радиофреквентна 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 кардиоверзия;
- 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 електрокардиоверзия със 50-360 J.

При **стабилна хемодинамика** и **камерна честота < 180/мин**: медикаментозно прекъсване на пристъпа.

При липса на ефект:

Електрокардиоверзия;

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 острото 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 A-V блок с камерна честота под 40 уд в мин. с MAC синдром.
- Пълнен A-V блок с изразена брадикардия, с хемодинамична значимост.
- Сърдечен арест.
- Сърдечни паузи над 3 сек с MAC синдром.

- Тахи-бради синдром с МАС синдром.
- Погасяване на медиаментозно резистентни камерни или надкамерни тахикардии.
- Симптоматична брадиаритмия при предсърдно мъждене.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина и ЕКГ.

4. 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.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска 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.

Довършване на лечебния процес и проследяване.

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

СН: ☐ компенсирана

☐ субкомпенсирана

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата в отговор на постоянната и/или временна кардиостимулация:

дата на изписване:

ден месец година

Директор на лечебното заведение:

подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ:

фамилия, подпис

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 радиочрекуентна аблация.

Всички въпроси, които имате относно Вашето заболяване и неговото лечение, може да зададете на лекуващия си лекар.

КП №34 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

Минимален болничен престой – 3дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

- I10** **Есенциална [първична] хипертония**
Висококръвноналягане
Хипертония
(артериална)(доброкачествена)(есенциална)(малигнена)(първична)(системна)
Не включва: с включване на съдовете на:
• мозъка (I60—I69)
• окото (H35.0)
- Вторична хипертония**
Не включва: с включване на съдовете на:
• мозъка (I60—I69)
• окото (H35.0)
- I15.0** **Бъбречно-съдовахипертония**
- I15.1** **Хипертония, дължаща се на другибъбречни нарушения**
- I15.2** **Хипертония, дължаща се на ендокринни нарушения**
- Вродени аномалии на големите артерии**
- Q25.1** **Коарктациянааортата**
Коарктация на аортата (преддуктална)(постдуктална)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарнаямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
 диафрагма
 сърце
 бял дроб

	<p>медиастинум</p> <p><i>Не включва:</i> такава на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
Интравенознапиелография [IVP]	
	<p>Инфузионнапиелография</p> <p><i>Включва:</i> предварителен общ план томография</p>
58706-00	Интравенознапиелография
Ретроградна рентгенография на отделителна система	
58721-00	Ретроградна микционна цистоуретрография
Компютърна томография на корем	
	<p><i>Включва:</i> регион от диафрагмата до кристалиака</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
Артериография	
59970-03	Периферна артериография
Ултразвук на сърце	
	<p>Ехокардиография</p> <p><i>Включва:</i> такъв изпълнен:</p> <ul style="list-style-type: none"> • използвайки: <ul style="list-style-type: none"> • 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	Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време
Ултразвук на корем или таз	
55038-00	<p>Ултразвук на пикочни пътища</p> <p><i>Не включва:</i> такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943]) трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943]) ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])</p>
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	<p>Ултразвук на корем</p> <p><i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт</p>

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

- Включва:* В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
- Не включва:* такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
- 55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена каваинфериор и илиачни вени
- Не включва:* при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
- 55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
- Включва:* дуплекс ултразвук на:
- аорта
 - илиачни съдове
 - вена каваинфериор
- Не включва:* при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

- 11000-00 Електроенцефалография

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

- 11712-00 Кардиоваскуларен стрес тест
- Двустъпков тест на Master
- Многоканално ЕКГ мониториране и запис по време на упражнения или фармакологичен стрес
- Thallium стрес тест
- Включва:* непрекъснато мониториране на кръвно налягане измерване при упражнения с:
- колело
 - изкачване на стълбичка
 - тредмил
- запис на други параметри
- ЕКГ при почивка

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

Друга електрокардиография [ЕКГ]

- 11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
- Не включва:* тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни код

Мониторинг на съдово налягане

- 11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:

Електролити
Пълна кръвна картина
Чернодробни ензими
Липидограма– LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди
Креатинин
Хормонални изследвания, доказващи произхода на хипертонията

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
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-21	Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол
91910-22	Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати
Хормонални изследвания, доказващи произхода на хипертонията:	
1931	ХОРМОНАЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ
91925-09	Изследване на хормон fT3
91925-00	Изследване на хормон fT4
91925-01	Изследване на хормон TSH
91925-02	Изследване за антитела срещу Тиреоидната пероксидаза – Anti-TPO
91925-03	Изследване на хормон LH
91925-04	Изследване на хормон FSH
91925-05	Изследване на хормон Prolactin
91925-06	Изследване на хормон Estradiol
91925-07	Изследване на хормон Testosterone
91925-08	Изследване на хормон Progesteron
91925-10	Изследване на Anti - Tg (Тиреоглобулинови антитела)
91925-11	Изследване на TSHR - AB (TSH рецепторни антитела)
91925-12	Изследване на PTH
91925-13	Изследване на 17 ОНР (17- Хидроксипрогестерон)
91925-14	Изследване на Инхибин В
91925-15	Изследване на Антимюлеров хормон
91925-16	Изследване на Ренин
91925-17	Изследване на Биохимичен скрининг за синдром на Даун
91925-18	Изследване на Прокалцитонин (PCT)
91925-19	Други хормонални изследвания
Бъбречни нуклеарно медицински изследвания	
61386-00	Ренално изследване

Базово бъбречно изследване <i>Включва:</i> компютърен анализ вливания бъбречни изображения <i>Не включва:</i> такова на бъбречна кора (61386-01, 61387-00 [2008])	
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на фармакотерапия	
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични 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 двата блока 1923 и 1924 и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването “Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Липидограма– LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди; Креатинин; Хормонални изследвания от блок 1931, доказващи произхода на хипертонията – 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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;

- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделението обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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 детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести
2. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
3. Образна диагностика
4. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

2. 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. Радиоизотопна лаборатория
2. КТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност (за КТ – минимум 16-детекторен)
3. Имунологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари със специалност по детски болести, от които поне един със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. 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.

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и консервативно лечение при пациенти с:

- хипертонична криза с рязко и внезапно покачване на артериалното налягане, с наличие на субективни оплаквания от главоболие, гадене, повръщане, зрителни нарушения, болки в сърдечната област, задух, нарушения в съзнанието, гърчове и кома;
- артериална хипертония (АХ) - умерена и тежка или с органични изменения - рефрактерна на провежданата в амбулаторни условия медикаментозна терапия.

2. Етиологично уточняване и определяне на терапевтичното поведение при новооткрита умерена и тежка хипертония ? Р95, съобразно стойности на артериалното налягане (mm Hg) на базата на ръст при деца на възраст от 6 до 15 години.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

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 – с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) пациенти - 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.

Стойности на артериалното налягане (mm Hg) на базата на ръст при деца на възраст от 6 до 15 години.

Ръст (см.)	Артериала хипотония ≤ P ₅	Нормални стойности на артериалното налягане			Артериална хипертония ≥ P ₉₅
		ниско за ръста P ₅ -P ₁₀	средно за ръста P ₁₀ -P ₉₀	високо за ръста P ₉₀ -P ₉₅	
Момчета					
121-125	80/37	80-81/38-39	81-107/40-46	108-116/67-68	117/69
126-130	79/40	80-81/41-48	82-109/49-69	110-114/70-76	115/77
131-135	82/40	83-84/41-49	85-108/50-69	109-111/70-71	112/72
136-140	88/52	89-90/53-55	90-116/56-72	117-119/73-79	120/80
141-145	87/45	88-90/46-54	91-111/55-69	111-112/70-76	112/77
146-150	90/47	91-92/48-56	93-117/57-76	118-119/77-79	120/80
151-155	90/50	91-96/51-54	97-121/55-71	122-125/72-77	126/78
156-160	90/50	91-96/51-57	97-123/58-79	124-127/79-80	128/80

161-165	101/57	101-102/56-58	103-126/59-79	127-134/79-80	135/80
Момичета					
121-125	75/38	76-80/38-39	81-105/40-65	106-109/66-69	110/70
126-130	79/40	80-82/41-46	83-108/47-69	109-114/70-71	115/72
131-135	82/45	83-84/46-51	85-107/52-69	108-110/69-70	111/70
136-140	85/40	86-89/41-51	90-114/52-69	115-119/70-76	120/77
141-145	90/50	90-91/51-54	92-116/55-69	117-119/70-79	120/80
146-150	90/43	90-91/44-49	91-119/50-74	120-127/75-79	128/80
151-155	89/50	90-93/51-54	94-118/55-76	119-122/77-79	123/80
156-160	90/50	91-92/51-56	93-121/57-79	122-123/79-80	124/80
161-165	97/57	97-98/57-58	98-124/58-79	125-130/80-81	131/82

Нива на АН според възрастта при 90-ти персантил за ръст за определяне степента на хипертонията

САН mmHg

ДАН mmHg

<i>възраст</i>	<i>90-ти персант ил</i>	<i>95-ти персант ил</i>	<i>99-ти персант ил</i>	<i>90-ти персант ил</i>	<i>95-ти персант ил</i>	<i>99-ти персант ил</i>
1 год.	102	106	113	53	58	66
2 год.	105	109	117	58	63	71
3 год.	108	112	119	63	67	75
4 год.	110	114	121	66	71	78
5 год.	111	115	123	69	74	81
6 год.	113	117	124	72	76	84
7 год.	114	118	125	74	78	86
8 год.	115	119	127	75	79	87
9 год.	117	121	128	76	81	88
10 год.	119	122	130	77	81	89
11 год.	120	124	132	78	82	90
12 год.	123	127	134	78	82	90
13 год.	125	129	136	79	83	91
14 год.	128	132	139	79	84	92
15 год.	130	134	142	80	85	93
16 год.	133	137	144	82	86	94
17 год.	135	139	146	84	88	96

Лечението на АХ зависи от степента на хипертонията и промените в таргетните органи при:

I степен АХ (P95 – P99) – хигиенно- диетичен режим или монотерапия.

I степен АХ с наличие на симптоматика, промени в таргетните органи и съчетание със захарен диабет I или II тип – хигиенно-диетичен режим и монотерапия.

Употреба на един от хипотензивните препарати, най-подходящи в детска възраст:

Бета-блокери - пропранолол или атенолол в малки до умерени дози. Никога не се прекъсват рязко. Неподходящи при астматици, хиперхолестеролемия, захарен диабет и ритъмно-проводни нарушения (синусова брадикардия и атриовентрикуларни блокове).

АСЕ-инхибитори - II и III поколение - подходящи при ренопаренхимни АХ, ПАХ и при съпътстваща захарна болест първи тип. Неподходящи при стеноза на единствена бъбречна артерия или двустранна стеноза на бъбречните артерии.

Калциеви антагонисти –никардипин, нифедипин с пролонгирано действие и дилтиазем - подходящи за всякакъв тип АХ.

Централни симпатикосови агонисти- клонидин- подходящ при високостепенни и неповлияващи се от други медикаменти АХ.

Алфа 1-блокери - празозин, доксазозинмезилат- при високостепенна АХ.

Диуретици – при затлъстяване или в комбинация с хипотензивен препарат

II степен АХ (над Р99) - комбинация от два или повече хипотензивни препарата, симптоматично лечение при вторична хипертония.

ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ХИПЕРТОНИЧНА КРИЗА

Дефиниция

Хипертоничната криза е състояние на рязко и внезапно покачване на артериалното налягане с не по-малко от 25 % от предхождащо средно артериално налягане, с наличие на субективни оплаквания от: главоболие, гадене, повръщане, зрителни нарушения, болки в сърдечната област, задух, нарушения в съзнанието, гърчове, кома.

Поведение

I. Терапевтичен подход – незабавен.

II. Диагностичен подход - на втори план.

Терапевтичен подход

Незаплашващи живота(леки)	Заплашващи живота(тежки)
Няма промени в таргетни органи (ЕКГ, очни дъна, урина) - без отклонения	Има промени в таргетни органи (ЕКГ, очни дъна, урина) - наличие на патологични изменения
<u>Перорално:</u> 1. Captopril 2. Nifedipin - depot 3. Бензодиазепини 4. Clonidin	<u>Парентерално</u> - Enalaprilat - Natriumnitroprusside - Nitroglycerin - Labetalol - Furosemide - Diazoxide -Мониториране на АН, ЕКГ, дишане

Особености:

- при мозъчен кръвоизлив не се дава нифедипин;
- при хипертонична криза с белодробен оток не се дава β-блокери; подходящ е фуросемид.

Скорост на снижение на АН:

- първите 2 часа - понижение с 25 % на средното артериално налягане(АН) в сравнение с изходното;
- следващите 22 часа - понижение с още 25% от средното АН в сравнение с изходното;
- следващия втори ден - останалите 50% от средното АН.

Не се цели нормализиране на АН веднага.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, динамиката на АН, лабораторните изследвания, електрокардиограмата, ехокардиографията и инструменталните изследвания на отделителната система.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- овладяване на клиничната симптоматика и оптимизиране стойностите на АН;
- уточняване наличие на подлежащо заболяване;
- определяне на хигиенно-диетичния режим и терапевтичната схема.

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

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ №4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Повишеното кръвно налягане се среща не само у възрастните, а и при децата.

То може да бъде временно повишено/или да бъде начало на хипертонична болест, която ще се изяви по-късно в живота. То може да се дължи в някои от случаите на сериозно заболяване: бъбречно, сърдечно, ендокринно, нервно или на някои от отравянията. Повишен риск от развитие на високо кръвно налягане имат децата на родители с хипертонична болест и исхемична болест на сърцето.

Децата с временно или трайно повишение на кръвното налягане са обикновено видимо здрави, в добро общо състояние, без оплаквания. Тяхното откриване в повечето случаи става при профилактичен преглед.

Това невинно на пръв поглед отклонение в кръвното налягане у децата може да доведе до сериозни сърдечно-съдови заболявания по-късно в живота, затова е необходимо от рано да се вземат мерки за откриването му.

Медикаментозното лечение се определя само от лекар! Вземането на лекарства по съвети на близки, лекувани за хипертония, носи рискове и е абсолютно забранено.

Какво трябва да се направи за ранното диагностициране на ПАХ (първична артериална хипертония) у Вашето дете?

Артериалните хипертонии протичат безсимптомно или малосимптомно в детската възраст. Ето защо Вашият личен лекар или детски лекар трябва ежегодно един път в годината да измерва артериалното налягане на Вашето дете. При предшестващи прекарани заболявания на бъбреците, сърцето, ендокринните жлези или ставите, е подходящо целенасочено да се измерва и АН при контролните прегледи. При наличие на оплаквания от често главоболие, кръвотечение от носа, болки в сърдечната област и наднормено тегло също е необходимо измерване на АН по време на оплакванията. Ако във Вашите фамилии (родове) има много роднини с високо кръвно налягане, мозъчни сърдечни удари, е добре Вие самите да потърсите личния си лекар да измери кръвното налягане. При установяване на повишено кръвно налягане, детето Ви трябва да бъде консултирано с детски лекар и детски кардиолог. При задържане на повишено кръвно налягане е необходимо постъпване в детска кардиологична клиника.

Защо е необходимо постъпването на Вашето дете?

В болницата се извършва измерване на кръвното налягане 3 дни подред, през 3 часа през деня. Така се дава възможност за характеризиране на вида на хипертонията и дали тя е резултат на семейната Ви предразположеност към високо кръвно налягане или е резултат от някакво друго заболяване на бъбреците, сърцето или жлезите с вътрешна секреция. Едновременно с проследяването на кръвното налягане, ще бъдат извършени и други

изследвания на кръвта и урината, които ще потвърдят или отхвърлят наличието на друго заболяване, свързано с високото кръвно налягане.

Вземането на кръв от вената се прави с еднократни игли и спринцовки и не е опасно за здравето. Ще бъдат проведени и изследвания с ултразвукови апарати на бъбреците, сърцето и жлезите. Трябва да знаете, че изследването с ултразвук е напълно безвредно за човешкия организъм. При необходимост ще бъдат проведени и рентгенови изследвания, при които се употребяват безвредни дози на рентгеново облъчване.

В края на болничното изследване лекарят ще придобие цялостна картина за здравното състояние на Вашето дете и ще може да постави диагноза, свързана с повишеното кръвно налягане. Това ще позволи да се проведе най-правилното лечение. След изписването Вие ще трябва да провеждате редовни контролни прегледи при детския лекар или детския кардиолог на всеки три месеца.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното здравословно състояние на детето Ви.

КП №35 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХИПОКСЕМИЧНИ СЪСТОЯНИЯ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Не включва: декстрокардия със situs inversus (Q89.3)
огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)

- Q20.0** **Общ артериален трункус**
Персистиращ truncus arteriosus
- Q20.1** **Удвоен изходен отвор на дясната камера**
Синдром на Taussig-Bing
- Q20.2** **Удвоен изходен отвор на лявата камера**
- Q20.3** **Дискордантно свързване на камерите с артериите**
Декстروпозиция на аортата
Транспозиция на големите съдове (пълна)
- Q20.4** **Удвоен камерен входен отвор**
Обща камера
Трикамерно двупредсърдно сърце
Единична камера
- Q20.5** **Дискордантно предсърднокамерно свързване**
Коригирана транспозиция
Лявотранспозиция
Камерна инверсия
- Q20.6** **Изомерия на предсърдните уши**
Изомерия на предсърдните уши с аспления или полиспления
- Q20.8** **Други вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори**

Вродени аномалии на сърдечната преграда

Не включва: придобит сърдечен септален дефект (I51.0)

- Q21.0** **Междукамерен септален дефект**
- Q21.1** **Междупредсърден септален дефект**
Дефект на коронарния синус
Отворен или персистиращ:
• foramen ovale
• ostium secundum дефект (тип II)
Дефект на sinus venosus
- Q21.2** **Предсърднокамерен септален дефект**
Общ предсърднокамерен канал
Дефект на ендокардната възглавничка
Ostium primum атриосептален дефект (тип I)
- Q21.3** **Тетралогия на Fallot**
Междукамерен септален дефект със стеноза или атрезия на белодробната артерия, декстروпозиция на аортата и хипертрофия на дясната камера.
- Q21.4** **Аортопулмонален септален дефект**
Аортен септален дефект
Аортопулмонален прозорец

Q21.8 Други вродени аномалии на сърдечната преграда
Синдром на Eisenmenger
Пенталогия на Fallot

Вродени аномалии на пулмоналната и трикуспидалната клапа

- Q22.0 Атрезия на клапата на белодробната артерия**
- Q22.1 Вродена стеноза на клапата на белодробната артерия**
- Q22.2 Вродена инсуфициенция на клапата на белодробната артерия**
Вродена регургитация на клапата на белодробната артерия
- Q22.3 Други вродени аномалии на клапата на белодробната артерия**
Вродена аномалия на клапата на белодробната артерия БДУ
- Q22.4 Вродена стеноза на трикуспидалната клапа**
Трикуспидална атрезия
- Q22.5 Аномалия на Ebstein**
- Q22.6 Синдром на хипопластичното дясно сърце**
- Q22.8 Други вродени аномалии на трикуспидалната клапа**

Други вродени аномалии на сърцето

Не включва: ендокардна фиброеластоза (I42.4)

- Q24.0 Dextrocardia**
Не включва: декстрокардия със situs inversus (Q89.3)
изомерия на предсърдното ухо (с аспления или полиспления) (Q20.6)
огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)
- Q24.1 Laevocardia**
- Q24.2 Трипредсърдно сърце**
- Q24.3 Белодробна инфундибуларна стеноза**
- Q24.4 Вродена субаортна стеноза**
- Q24.5 Аномалия на коронарните съдове**
Вродена коронарна (артериална) аневризма
- Q24.6 Вроден сърдечен блок**
- Q24.8 Други уточнени вродени аномалии на сърцето**
Вроден(-а):
 - дивертикул на лявата камера
 - аномалия на:
 - миокарда
 - перикардаНеправилно положение на сърцето
Болест на Uhl

Вродени аномалии на големите артерии

- Q25.2 Атрезия на аортата**

Вродени аномалии на големите вени

- Q26.2 Тотално аномално вливане на белодробните вени**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

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

Друго измерване на дихателна функция

11503-10 Измерване на газова обмяна

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:

Електролити
Пълна кръвна картина
Чернодробни ензими
Желязо и ЖСК, КГА

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

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

91910-36 Клинично-химични изследвания за Желязо

91910-37 Клинично-химични изследвания за ЖСК

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

91910-39 Клинично-химични изследвания за магнезий

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на фармакотерапия	
96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1858- Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока 1923 и 1924 се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването: Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Желязо и ЖСК, КГА.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:
- трите имена и възрастта на пациента;

- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

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

1. 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 детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести
2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение по детски болести
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф

2. 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. КТ/МРТ

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. 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 – трима лекари, от които двама със специалност по детски болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение при:

- деца с цианотични ВСМ в състояние на хипоксемична криза: артериална хипоксемия с ацидоза (pH под 7.30, BE под -5), налагащи корекция;
- новородени с цианотични ВСМ;
- деца с цианотични ВСМ и остро настъпили усложнения: съдово-мозъчен инцидент, мозъчен абсцес, венозна тромбоза;
- деца с неоперабилни цианотични ВСМ или с невъзможност за извършване на радикална корекция в краен стадий на артериална хипоксемия (SaO₂ под 50 %).

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни пациенти - 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, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Цианотичните вродени кардиопатии най-често подлежат на оперативно лечение (помощна или радикална корекция), след уточняване на диагнозата. Често обаче се налага отлагане на специфични диагностични или терапевтични процедури, поради сложност на кардиопатията, допълнителни заболявания, остри инфекции, възраст на детето или възникнали усложнения.

При наличие на тежка артериална хипоксемия (хипоксемична криза) по спешност се поставя интравенозна линия, изследва се КАС и в зависимост от резултатите се провежда съответно лечение:

- кислородотерапия;
- корекция на ацидоза;
- прилагане на транквилизатори;
- антикоагуланти или антиагреганти – при нарушена хемостаза.

При наличие на анемия, същата се третира в зависимост от тежестта ѝ (кръвопреливане, прилагане на желязен препарат интравенозно или пер ос).

При пациенти с предхождаща операция и остро настъпила хипоксемия се правят допълнителни изследвания - рентген, ехография с доплер, скенер и други, за установяване на проходимост на анастомозата и отхвърляне на съпътстващи усложнения.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозата се поставя съобразно клиничната картина, ЕхоКГ и извършените лабораторни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Детето се дехоспитализира, когато в резултат на клиничното наблюдение и проведените терапевтични действия е настъпило стабилизиране на състоянието, коригирани са отклоненията от жизнените показатели и са овладени острите симптоми.

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

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: ☐☐☐/мин

АН: ☐☐☐/☐☐☐

СН: ☐ компенсирана

☐ субкомпенсирана

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Честотата на **вродените сърдечни малформации (ВСМ)** е около 7% живородени деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата и лигавиците поради смесването на артериална и венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни, комплексни кардиопатии.

Ако имате дете с цианотична ВСМ то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника /отделение, където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни вида на ВСМ и ще се определи понататъшното поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършването на сложни изследвания и/или операция.

При отглеждането на детето у дома могат да настъпят усложнения, които налагат спешно приемане в болница. Такова състояние е *хипоксемичната криза*. Тя се дължи на остро намаляване на притока на кислород към мозъка, вследствие на физически усилия, неспокойствие остро заболяване. Децата стават с интензивно син цвят на кожата (засилва се цианозата), неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако настъпи такова състояние при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще остане без майка си. Ще се дадат медикаменти за успокояване, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за венозно вливане на необходимите лекарства. След овладяване на остро състояние ще се уточни причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяването на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

КП № 36 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БЕЛОДРОБЕН ТРОМБОЕМБОЛИЗЪМ БЕЗ ФИБРИНОЛИТИК

Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Белодробен емболизъм

Включва: белодробен(-на) (артериален)(венозен):

- инфаркт
- тромбоемболизъм
- тромбоза

**I26.0 Белодробнаемболиясъсспоменаване на остро белодробносърце
Остро белодробносърце БДУ**

**I26.9 Белодробнаемболия без споменаване на остро белодробносърце
Белодробнемболизъм БДУ**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Томография

60100-00 Томография

Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:

- холецистография (58924-00 [1976])
- венозна пиелография (58706-00 [1978])

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 Двумерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време	
Дуплекс ултразвук на други съдове	
	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
90911-00	Дуплекс ултразвук на съдове на други места Дуплекс ултразвук на съдове БДУ <i>Не включва:</i> при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])
Ултразвук на други места	
90908-00	Ултразвук на друго място
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-00	Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания: Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, aPTT; Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген; КК, тропонин I; D – димер тест – по преценка
1923	ХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924	БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Креатинкиназа (КК)
1934	Други лабораторни изследвания
91911-02	Количествено изследване на тропонин I
91911-04	Изследване на D – димер тест – по преценка
Изследване на белодробна перфузия или вентилация	
	<i>Включва:</i> планарен образ компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]
61328-00	Изследване на белодробна перфузия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия

Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагано налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучван и интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негativно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

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])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- 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

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 минимум четири основни диагностични процедури, от които задължително: (58500-00); (55113-00 или 55118-00); (13842-00), и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, като същевременно се изпълнява изискването: Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания: Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, aPTT; Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген; КК, тропонин I; D – димер тест – 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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от

проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

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

1. 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 пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Легла за интензивно лечение към съответните клиники/отделения
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на КГА и коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф
6. Кабинет по доплеровасонография на периферни съдове

2. 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. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Радиоизотопна лаборатория/Нуклеарно-медицинска лаборатория или звено
3. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. 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 или един лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия;

- 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.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима със специалност по детски болести и поне един лекар със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология или лекар със специалност по детска пневмология и фтизиатрия;

- 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/детска кардиология/детска ревмокардиология.

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За договориране на клиничната пътека, е необходимо лечебното заведение да разполага на територията си с **лекар, с опит и квалификация в областта на доплеровата сонография и съответната апаратура.**

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика на пациенти със:

- масивна форма на белодробен тромбоемболизъм, протичаща със синдромите на ОДН и остро белодробно сърце;
- немасивна и субмасивна форма на БТЕ - със или без белодробен инфаркт;
- рецидивиращ БТЕ с данни за нов рецидив;
- антикоагулантно лечение без приложение на фибринолитик.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен 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 при хемодинамично стабилни болни 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.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ НА ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА Е СЪОБРАЗНО ПРИЕТ КОНСЕНСУС НА БЪЛГАРСКОТО ДРУЖЕСТВО ПО БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ И БЪЛГАРСКОТО НАЦИОНАЛНО ДРУЖЕСТВО ПО КАРДИОЛОГИЯ

Немасивна и субмасивна рецидивиращи форми на БТЕ

Антикоагулантна терапия с хепарин, начален болус 80 U/kg, (5000 – 10 000 U), с последваща инфузия на 18 U/kg/час, контрол на аПТТ след 6 часа. Дозата се коригира така, че да се постигне удължаване на аПТТ 1.5 – 2.5 пъти. След седмия ден се оставя само кумаринов препарат. Тези стойности се поддържат в хода на системната антикоагулация, която продължава 6-9 и повече месеца, ако се касае за рецидив или не могат да се отстранят предразполагащите фактори, довели до емболизма.

Алтернатива на венозния хепарин са фракционирани хепарини (със съответната регистрация в ИАП) – двукратно дневно, с предимството, че не се изисква лабораторен контрол или подкожен хепарин, който обаче налага лабораторен контрол. Показани са при не-масивна БТЕ.

При рецидиви, дължащи се на периферна дълбока венозна тромбоза, се прилагат механични средства, имплантирани във вена кава, както и в случаите на противопоказания за антикоагулантно лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

На базата на клиничната картина и проведените лабораторни и инструментални изследвания **при задължително изпълнение на някой от следните критерии:**

- остро развитие на диспнея/тахипнея, плеврална болка и артериална хипоксемия, със или без кръвохрачене или синкоп, в съчетание с ехокардиографски данни за деснокамерна дисфункция при документирани рискови фактори за БТЕ;

- липса на друго състояние (задължително условие), което да обясни клиничните прояви и промените в КГА, ЕКГ или ехокардиографските данни за деснокамерна дисфункция;

- при липса на ехокардиографски данни за деснокамерна дисфункция (немасивна форма на БТЕ) или за ДВТ от сонографията – перфузионната сцинтиграфия на белите дробове с висока вероятност за БТЕ е основание за диагнозата.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- установяване на топичната и по възможност на етиологичната диагноза;
- стабилизиране на общото състояние;
- овладяна клинична симптоматика и при възможност уточнена причина;
- оптимизирана терапия.

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска 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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД

☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов

☐ друг (опиши)

СЧ: /мин

АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален

☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Белодробният тромбемболизъм е остро запушване на част от артериите на белия дроб с тромб или ембол, който най-често изхожда от тромбоза (запушване) на дълбоките вени на долни крайници. Белодробният тромбемболизъм е сериозно заболяване, което причинява увреждане на участъка от белия дроб с нарушено кръвоснабдяване (белодробен инфаркт), недостатъчно ниво на кислорода в кръвта и увреди на други органи и системи поради намаление на кислородната доставка в тях. Ако белодробната тромбемболия засегне големи съдове на белия дроб, съществува реална опасност за Вашия живот.

Постъпването в болнично заведение при всички форми на белодробна емболия по спешност е наложително. Там най-вероятно ще Ви приложат лекарства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, вкл. артериална, ще Ви се направи рентгенов преглед и ЕКГ, ще се наложи кислородотерапия, вероятно щепоследват допълнителни лечебни и диагностични действия. Болестта изисква прилагане на противосъсирващи препарати в постоянни вливания, спазване на постелен режим и осигуряване на дефекация без усилие. Ако сте имали в миналото кръвоизливи от храносмилателната система, уведомете лекуващия Ви лекар незабавно.

В някои случаи се прилага фибринолитична терапия – венозно лекарство, което „разтваря“ наличните тромби и намалява шанса за нови епизоди на белодробен тромбемболизъм. Приложението му е свързано с повишен риск от кървене, има строги противопоказания и налага чест лабораторен контрол на показателите на кръвосъсирването.

При тежка дихателна недостатъчност може да се наложи интубация (поставяне на тръба в трахеята) и изкуствена вентилация за няколко дни. Често се налага антибиотично лечение.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар, кардиолог, пулмолог и при необходимост - съдов хирург. Прилагането на антикоагуланти е обичайно при такова заболяване, то е продължително - от 9 месеца до години наред и изисква контрол на протромбиновото време или индекс. Винаги, когато включвате нови медикаменти по повод други заболявания, съобщавайте на лекарите за приема им, поради възможни лекарствени взаимодействия. Системният и добре дозиран антикоагулант ще Ви предпази от нови пристъпи на белодробен тромбемболизъм.

По-подробна информация за Вашето заболяване ще получите от лекуващия си екип.

КП № 37 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БЕЛОДРОБЕН ТРОМБОЕМБОЛИЗЪМ С ФИБРИНОЛИТИК

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Белодробен емболизъм

Включва: белодробен(-на) (артериален)(венозен):

- инфаркт
- тромбоемболизъм
- тромбоза

I26.0 Белодробна емболия със споменаване на остро белодробно сърце
Остро белодробно сърце БДУ

I26.9 Белодробна емболия без споменаване на остро белодробно сърце
Белодробен емболизъм БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Томография

60100-00 Томография

Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:

- холецистография (58924-00 [1976])
- венозна пиелография (58706-00 [1978])

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 Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Дуплекс ултразвук на други съдове	
	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
90911-00	Дуплекс ултразвук на съдове на други места Дуплекс ултразвук на съдове БДУ <i>Не включва:</i> при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])
Ултразвук на други места	
90908-00	Ултразвук на друго място
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропуски кода
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-00	Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ
Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания: Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, aPTT; Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген; КК, тропонин I; D – димер тест – по преценка	
1923	ХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924	БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
1934	Други лабораторни изследвания
91911-02	Количествено изследване на тропонин I
91911-04	Изследване на D – димер тест - по преценка
Изследване на белодробна перфузия или вентилация	
	<i>Включва:</i> планарен образ компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]
61328-00	Изследване на белодробна перфузия

1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Вентилаторно подпомагане	
<p>Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия Променлива задължителна вентилация [IMV] Инвазивна вентилация Механична вентилация Налягане с позитивен експираторен край Вентилация с подпомагано налягане [PSV] Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]</p> <p><i>Включва:</i> ендотрахеална:</p> <ul style="list-style-type: none"> • интубация • асистирано дишане <p>механична вентилация с:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ендотрахеална тръба (ETT) • назална • орална • трахеостомия <p>отучван на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • трахеостомия: • перкутанна (41880-00 [536]) • постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536]) <p><i>Не включва:</i> продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагано дишане (виж блок [570])</p>	
13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа
Приложение на фармакотерапия	
96199-01	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>

96199-11	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-11	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум четири основни диагностични, от които задължително: (58500-00); (55113-00 или 55118-00); (13842-00) и две основни терапевтични процедури, от които задължително се провежда процедура с код (96199-01), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания – 91911-04 по преценка, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока 1923 и 1924 и 91911-02 се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването: Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания: Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, aPTT; Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген; КК, тропонин I; D – димер тест – 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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

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

1. 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 пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Легла за интензивно лечение към съответните клиники/отделения
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на КГА и коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф
6. Кабинет по доплерова сонография на периферни съдове

2. 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. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Радиоизотопна лаборатория/Нуклеарно-медицинска лаборатория или звено
3. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. 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 или един лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия;

- 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.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в детска клиника/отделение – четирима със специалност по детски болести и поне един лекар със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология или лекар със специалност по детска пневмология и фтизиатрия;

- 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/детска кардиология/детска ревмокардиология.

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За договориране на клиничната пътека, е необходимо лечебното заведение да разполага на територията си с **лекар с опит и квалификация в областта на доплеровата сонография и съответната апаратура.**

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика при пациенти със:

- масивна форма на белодробен тромбемболизъм, протичаща със синдромите на ОДН и остро белодробно сърце;
- болни с другите форми на БТЕ - със или без белодробен инфаркт;
- рецидивиращ БТЕ в тласък.

2. Консервативно лечение, в т. ч.:

- фибринолитично лечение с тъканен плазминоген активатор/фибрин неспецифичен фибринолитик на масивна форма на БТЕ - с кардиогенен шок или хипотония (АН под 90/60 или спад на АН с над 40 мм Hg за систолното АН за повече от 15 минути, което не е причинено от аритмия, хиповолемия или сепсис) при липса на контраиндикации.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА

Незабавен 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 при хемодинамично стабилни болни 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.

Диагностично – лечебният алгоритъм на тази клинична пътека е съобразно приет консенсус на българското дружество по белодробни болести и българското национално дружество по кардиология.

Лечебен алгоритъм при масивна форма на БТЕ

Фибринолиза при липса на контраиндикации ↓	следят се фибриноген-над 1гр/л, аРТТ-над 70-100 сек, тромбоцитен брой
t –РА -100mg/2ч. /болус-10мг, 90мг за 2ч./ ↓	следят се ЕКГ+КГА+ЦВН+АН+СЧ+Диуреза
Добутамин 1-15 мкг/кг/мин при показания Допамин -5-15 γ/кг/мин – по показания	
Хепарин венозно 7 дни до удължаване на аРТТ-1.5-2 пъти	

Индикации за фибринолитична терапия при БТЕ

Масивна форма на БТЕ – с кардиогенен шок или хипотония (АН под 90/60 или спад на АН с над 40 мм Hg за систолното АН за повече от 15 минути, което не е причинено от аритмия, хиповолемия или сепсис) при липса на контраиндикации.

Фишът за лечение с Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор /фибрин неспецифичен фибринолитик става неразделна част от ИЗ на пациента. Флаконите, употребени при лечение, да се съхраняват в клиниката или отделението до 1 година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:

ЕГН

ИЗ №:

ЛЕЧЕНИЕ с Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор /фибрин неспецифичен фибринолитик – фабричен № на флакона.....	
Индикации	Контраиндикации

Белодробен инфаркт и рецидивиращи форми на БТЕ

Антикоагулантна терапия с хепарин, начален болус 80 U/kg, (5000 – 10 000 U), с последваща инфузия на 18 U/kg/час (макс. 1200 U/час), контрол на аПТТ след 4-6 часа. Дозата се коригира така, че да се постигне удължаване на аПТТ 1.5 - 2.0 пъти. След седмия ден се оставя само кумаринов препарат. Пероралните антикоагуланти се започват още на 2-я ден (4мг дневно), цели се поне 5 -дневно постигане на ИНР 2-3. Тези стойности се поддържат в хода на системната антикоагулация, която продължава 6-9 и повече месеца, ако се касае за рецидив или не могат да се отстранят предразполагащите фактори, довели до емболизма.

Алтернатива на венозния хепарин са фракционирани хепарини (със съответната регистрация в ИАП) - двукратно дневно, с предимството, че не се изисква лабораторен контрол или подкожен хепарин, който обаче налага лабораторен контрол. Показани са при симптоматична **немасивна** БТЕ.

При рецидиви, дължащи се на периферна дълбока венозна тромбоза, се прилагат механични средства, имплантирани във вена кава, както и в случаите на противопоказания за антикоагулантно лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клиничната картина и проведените лабораторни и инструментални изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- **установяване на топичната и по възможност на етиологичната диагноза;**
- **стабилизиране на общото състояние;**
- **овладяна клинична симптоматика и при възможност уточнена причина;**
- **оптимизирана терапия.**

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

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска 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.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ чисто ВД ☐ друго (опиши)

Ритъм: ☐ синусов ☐ друг (опиши)

СЧ: /мин АН: /

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):

☐ нормален ☐ друго (опиши)

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

III. 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”.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФИШ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С АКТИВАТОР НА ТЪКАНИЯ ПЛАЗМИНОГЕН ИЛИ ФИБРИН-НЕСПЕЦИФИЧЕН ФИБРИНОЛИТИК.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Белодробният тромбемболизъм е остро запушване на част от артериите на белия дроб с тромб или ембол, който най-често изхожда от тромбоза (запушване) на дълбоките вени на долни крайници. Белодробният тромбемболизъм е сериозно заболяване, което причинява увреждане на участъка от белия дроб с нарушено кръвоснабдяване (белодробен инфаркт), недостатъчно ниво на кислорода в кръвта и увреди на други органи и системи поради намаление на кислородната доставка в тях. Ако белодробната тромбемболия засегне големи съдове на белия дроб, съществува реална опасност за Вашия живот.

Постъпването в болнично заведение при всички форми на белодробна емболия по спешност е наложително. Там най-вероятно ще Ви приложат лекарства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, вкл. артериална, ще Ви се направи рентгенов преглед и ЕКГ, ще се наложи кислородотерапия, вероятно ще последват допълнителни лечебни и диагностични действия.

Болестта изисква прилагане на противосъсирващи препарати в постоянни вливания, спазване на постелен режим и осигуряване на дефекация без усилия. Ако сте имали в миналото кръвоизливи от храносмилателната ситема, уведомете лекуващия Ви лекар незабавно.

В някои случаи се прилага фибринолитична терапия – венозно лекарство, което „разтваря“ наличните тромби и намалява шанса за нови епизоди на белодробен тромбемболизъм. Приложението му е свързано с повишен риск от кървене, има строги противопоказания и налага чест лабораторен контрол на показателите на кръвосъсирването.

При тежка дихателна недостатъчност може да се наложи интубация (поставяне на тръба в трахеята) и изкуствена вентилация за няколко дни. Често се налага антибиотично лечение.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар, кардиолог, пулмолог и при необходимост - съдов хирург. Прилагането на антикоагуланти е обичайно при такова заболяване, то е продължително - от 9 месеца до години наред и изисква контрол на протромбиновото време или индекс. Винаги, когато включвате нови медикаменти по повод други заболявания, съобщавайте на лекарите за приема им, поради възможни лекарствени взаимодействия. Системният и добре дозиран антикоагулант ще Ви предпази от нови пристъпи на белодробен тромбемболизъм.

По-подробна информация за Вашето заболяване ще получите от лекуващия си екип.

КП № 38 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ – ОСТРА ЕКЗАЦЕРБАЦИЯ

Минимален болничен престой за лица над 18 години - 5 дни

Минимален болничен престой за лица под 18 години - 6 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Емфизем

Не включва:

емфизем:

- компенсаторен (J98.3)
- предизвикан от химични агенти, газове, дим и пари (J68.4)
- интерстициален (J98.2)
- медиастинален (J98.2)
- хирургичен (подкожен) (T81.8)
- траматичен (подкожен) (T79.7)
- с хроничен (обструктивен) бронхит (J44.—)
- емфизематозен (обструктивен) бронхит (J44.—)

J43.0 Синдром на MacLeod

Едностраничен:

- емфизем
- прозрачност на белия дроб

J43.1 Панлобуларен емфизем

Панацинозен емфизем

J43.2 Центрилобуларен емфизем

J43.8 Друг емфизем

Друга хронична обструктивна белодробна болест

Включва:

хроничен(-ни):

- бронхит:
 - астматичен (обструктивен)
 - емфизематозен
- с:
 - обструкция на дихателните пътища
 - емфизем
- обструктивни:
 - астма; •бронхит; •трахеобронхит

Не включва:

астма (J45.—)
астматичен бронхит БДУ (J45.9)
бронхоектазия (J47)
хроничен:

- бронхит:
 - БДУ (J42)
 - обикновен и слузно-гноен (J41)
- трахеит (J42)
- трахеобронхит (J42)

емфизем (J43)

J44.0 Хронична обструктивна белодробна болест с остра респираторна инфекция на долните дихателни пътища

Не включва: с грип (J10—J11)

J44.1 Хронична обструктивна белодробна болест с обостряне,

J44.8 Друга уточнена хронична обструктивна белодробна болест

Хроничен бронхит:

- астматичен (обструктивен)
- обструктивен

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1951 Томография

60100-00 Томография

Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:
• холецистография (58924-00 [1976])
• венозна пиелография (58706-00 [1978])

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])

58506-00 Рентгенография на гръден кош с флуороскопски скрининг

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция

Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

11500-00 Бронхоспирометрия

Друга електрокардиография [ЕКГ]

ДРУГА ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и хрчка за култура и чувствителност

Хематологични изследвания	
Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, левкограма; АКР	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължителни са: хематологични изследвания (91910-04, 91910-05, 91910-07, 13311-00), 58500-00, 11500-00 (при деца над 8 /осем/ години) или 11506-00 и две основни терапевтични процедури, едната задължително 92043-00, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Процедура с код 13842-01 е задължителна като четвърта диагностична процедура за лица над 18 години само при стойност на ФЕО 1 под 50 % от предвиденото.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана в съответствие с изискванията на най-малко второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

Лечението на ХОББ може да се осъществява и в Специализирани болници по белодробни болести.

1. 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 пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия
2. Рентгенов апарат за скопия и графия Отделение по образна диагностика
3. Лаборатория за ФИД (спирометрия)
4. Клинична лаборатория II ниво на компетентност с възможност за КГА
5. Легла за интензивно лечение

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия II-ро ниво на компетентност - двама лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия
или в клиника/отделение по вътрешни болести II-ро ниво - при наличие на лекар със специалност пневмология и фтизиатрия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника /отделение по детска пневмология и фтизиатрия - четирима лекари със специалност по детска пневмология и фтизиатрия
или в клиника/отделение по педиатрия - четирима лекари със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на пациенти с:

1. хронична обструктивна белодробна болест в детска възраст;
2. "тежка" екзацербация на хронична обструктивна белодробна болест при възраст над 18 години: дихателна честота $>25/\text{мин}$; сърдечна честота $>110/\text{мин}$; влошаваща се артериална хипоксемия ($\text{PaO}_2 < 50 \text{ mmHg}$), въпреки кислородотерапия; нарастваща хиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 70 \text{ mmHg}$) и ацидемия ($\text{pH} < 7.30$); участие на допълнителната дихателна мускулатура;
3. необходимост от активно лечение на ХОББ при наличие на поне две индикации: неповлияваща се или прогресираща симптоматика (въпреки амбулаторното лечение); новопоявила се или задълбочаваща се хипоксемия ($\text{PaO}_2 < 70 \text{ mmHg}$); възникнала или задълбочаваща се хиперкапния; развитие или прогресия на прояви във връзка с белодробно сърце, неповлияващи се при извънболнично лечение; обострян timer на хроничния процес при вродени бронхо-белодробни заболявания;
4. необходимост от интензивно лечение на ХОББ при наличие на поне две индикации: тежка диспнея, неповлияна от терапията на предишните етапи; продължаваща/прогресираща хипоксемия, въпреки провеждана кислородотерапия; необходимост от механична вентилация (с ендотрахеална интубация или неинвазивни методи).

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

Пациентите се хоспитализират при едновременно наличие на поне две индикации.

• **Индикации за хоспитализация в пневмологично/вътрешно отделение или пневмологична детска клиника/отделение:**

- неповлияваща се или прогресираща симптоматика (въпреки амбулаторното лечение);
- новопоявила се или задълбочаваща се хипоксемия ($\text{PaO}_2 < 70 \text{ mm Hg}$);
- възникнала или задълбочаваща се хиперкапния;
- развитие или прогресия на прояви във връзка с белодробно сърце, неповлияващи се при извънболнично лечение;
- обостряния на хроничния процес при вродени бронхо-белодробни заболявания.

• **Индикации за интензивно лечение при едновременно наличие на поне две индикации.:**

- тежка диспнея, неповлияна от терапията на предишните етапи;
- продължаваща/прогресираща хипоксемия, въпреки провеждана кислородотерапия;
- необходимост от механична вентилация (с ендотрахеална интубация или неинвазивни методики).

• **Критерии за “тежка” екзацербация на хронична обструктивна белодробна болест при възраст над 18 години:**

- дихателна честота $> 25/\text{мин}$;
- сърдечна честота $> 110/\text{мин}$;
- влошаваща се артериална хипоксемия ($\text{PaO}_2 < 50 \text{ mmHg}$), въпреки кислородотерапия;
- нарастваща хиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 70 \text{ mmHg}$) и ацидемия ($\text{pH} < 7.30$);
- участие на допълнителната дихателна мускулатура.

Всички болни, отговарящи на посочените индикации или с критерии за тежка екзацербация, подлежат на неотложна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение. При показания за лечение в специализирано отделение (пневмологично, интензивно) болните се насочват за хоспитализация съответно на действащите нормативни разпоредби.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

- вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания (вкл. и КГА) се извършва до 24 часа от приемането;
- спирометрия – при приемането (когато състоянието на болния позволява) и при дехоспитализацията;
- в случай, че лечебното заведение назначава рентгенография, същата трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Тежестта на състоянието се обективизира с КГА. При установяване на абнормни стойности се извършват контролни изследвания на КГА. Всички медико – биологични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ ПРИ ВЪЗРАСТНИ (лица над 18 години):

Бронходилататори:

Инхалаторна терапия:

β 2-антагонисти с бързо действие и холинолитици: инхалаторно приложение на всеки 2-3 часа първия ден, с тенденция за намаляване честотата (6 - 8 часови интервали) – след 3 – я ден от хоспитализацията.

Кортикостероиди:

а) венозно; след стабилизиране - преминаване към пер ос.

Антимикробна терапия:

Началната антимикробна терапия е емпирична, насочена към най-чести причинители на бактериална екзацербация. Начинът на приложение зависи от тежестта на състоянието, за предпочитане е парентерален път в началото. Преоценява се задължително 72 - 96 часа по-късно; съобразява се при резултат от микробиологично изследване на храчка.

- β -лактам + β -лактамазен инхибитор;
- цефалоспорици II и III генерация;
- “респираторни” хинолони;
- при пневмония – подход според съответния стандартен протокол;

Кардиоактивни средства – както при лечение на сърдечна недостатъчност;

(вазодилатори, диуретици, повишено внимание при приложение на дигиталисови препарати);

хепарин – за профилактика на тромбоемболични усложнения;

5 – 7.5 000 E s.c., 2 - 3 x дневно или нискомолекулен хепарин в съответната дозировка;

Допълнителна терапия (при показания, придружаващи болести и/или усложнения)

Кислородно лечение – при показания ($PaO_2 < 60$ mmHg). Цел - корекция на хипоксемията с постигане на $PaO_2 \geq 60$ mm Hg и $SatO_2 \geq 90\%$ с допустимо покачване на $PaCO_2 \leq 10$ mmHg и недопускане снижение на pH под 7.30.

ПРИНЦИПИ НА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДЕЦА:

- антибактериална терапия;
- инхалаторна муколитична терапия;
- антиоксиданти;
- експекториращи средства;
- бронходилататори при необходимост;
- постурален дренаж.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на:

- типичното клинично протичане;

- резултатите от ФИД, КГА и рентгенография на гр. кош за изключване на алтернативни диагнози

4. 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:

1. отзвучаване на симптомите и белезите на остра екзацербация;
2. употреба на бронходилататори не по-често от на 4 – 6 часа;
3. възможна е перорална терапия;

4. проведено обучение на болния (на родителите - при деца) за правилна употреба на медикаментите;

5. подобряване на параметрите на КГА и ФИД до оптималните стойности за конкретния случай;

6. възможност на болния да се обслужва сам или с помощта на близките.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Продължаване на лечението се посочва в епикризата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Както вече Ви е известно, Вие страдате от хронична обструктивна белодробна болест. Това е заболяване на дихателните пътища и белите дробове, като основно оплакване е затруднението в дишането. Това е хронично заболяване, което може да прогресира и да наложи приемането Ви по спешност в болница за лечение. Това е необходимо, защото с провежданото в домашни условия лечение не винаги може да се постигне желаният резултат.

Вашият лекар е преценил, че за по-нататъшното Ви лечение е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на белия Ви дроб.

През времетраенето на периода на лечение Вие ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметете за важни.

Вашият престой в клиниката ще продължи до стабилизиране на състоянието Ви. Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани преди съгласието Ви да бъдат извършени.

Вашето лечение ще включва лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), а ако се прецени за необходимо - антибиотик, кислород и др., за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалации, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат ежедневно да посещават клиниката, но е желателно посещенията при Вас да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващия Ви екип.

Ние ще следим Вашето здравословно състояние в продължение на целия престой от деня, в който Ви приемем в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след Вашето постъпване в болницата?

Лекуващият Ви лекар ще Ви прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването Ви в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка ще Ви бъде назначено лечение със: средства, които разширяват бронхите, кислород, противовъзпалителни препарати, както и други медикаменти според състоянието Ви. Ако състоянието Ви не се подобри, влошавате се или изпитвате дихателна умора, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛИТЕ НА ДЕТЕ С ВРОДЕНО ЗАБОЛЯВАНЕ НА БРОНХО-БЕЛОДРОБНАТА СИСТЕМА И/ИЛИ ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ

Уважаеми родители,

Вашето дете е с вродено заболяване на бронхобелодробната система.

Вашият лекар е преценил, че за подобряване състоянието и изследване на Вашето дете, е необходимо то да постъпи в болница. Престоят на детето Ви ще продължи до стабилизиране на неговото състояние. Ще му бъдат извършени различни изследвания, включително функционално изследване на дишането (ФИД), кръвно-газов анализ, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белите дробове, както и други изследвания (при необходимост).

Лечението ще включва лекарства, които ще разширяват дихателните пътища, кортикостероиди, антибиотично лечение, кислородолечение и други терапевтични средства, за които ще бъдете предварително информирани и ще бъде взето съгласието Ви да бъдат извършени.

Детето може да се посещава само от двамата родители, които имат право на цялата информация за здравното му състояние. При развод, сведение получава само родителят, който юридически има права за грижи над детето. При наличие на дете, чийто родители нямат сключен брак, правата върху детето се установяват с едновременно писмено съгласие и данни за самоличност на родителите, отразено в история на заболяването.

Вие ежедневно можете да посещавате детето си в определено от лекуващия лекар време.

Сведение за състоянието на Вашето дете можете да получавате само от лекуващия го лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на Вашето дете в продължение на целия престой - от деня на приемане до деня на изписване. След подобряване състоянието на детето Ви, то ще може да бъде изписано или Вие сами можете да решите да се откажете от болнично лечение, когато пожелаете.

КП № 39 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХОПНЕВМОНИЯ И БРОНХИОЛИТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Минимален болничен престой – 6 дни

При диагнози U07.1 COVID-19 и U07.2 COVID-19 минималният болничен престой продължава до края на диагностично-лечебния процес или постигане на състояние „клинично здрав“ за пациента и/или до края на въведения карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вирусна пневмония, некласифицирана другаде

Включва: бронхопневмония, причинена от други вируси, различни от вируса на грипа

Не включва: вроден пневмонит при рубеола (P35.0)
пневмония:

- аспирациона:
- БДУ (J69.0)
- при анестезия по време на:
 - раждане и родоразрешаване (O74.0)
 - бременност (O29.0)
 - послеродов период (O89.0)
- неонатална (P24.9)
- при вдишване на твърди и течни вещества (J69.—)
- вродена (P23.0)
- при грип (J10.0, J11.0)
- интерстициална БДУ (J84.9)
- липоидна (J69.1)

J12.0 Аденовирусна пневмония

J12.1 Пневмония, причинена от респираторно синцитиален вирус

J12.2 Пневмония, причинена от вируса на парагрипа

J12.8 Друга вирусна пневмония

J13 Пневмония, причинена от *Streptococcus pneumoniae*

Бронхопневмония, причинена от *S. pneumoniae*

Не включва: вродена пневмония, причинена от *S. pneumoniae* (P23.6)
пневмония, причинена от други стрептококи (J15.3—J15.4)

J14 Пневмония, причинена от *Haemophilus influenzae*

Бронхопневмония, причинена от *H. influenzae*

Не включва: вродена пневмония, причинена от *H. influenzae* (P23.6)

Бактериална пневмония, некласифицирана другаде

Включва: бронхопневмония, причинена от други бактерии, различни от *S. pneumoniae* и *H. influenzae*

Не включва: пневмония, причинена от хламидии (J16.0)
вродена пневмония (P23.—)
болест на легионерите (A48.1)

J15.0 Пневмония, причинена от *Klebsiella pneumoniae*

J15.1 Пневмония, причинена от *Pseudomonas*

J15.2 Пневмония, причинена от стафилокок

J15.3 Пневмония, причинена от стрептокок група В

J15.4 Пневмония, причинена от други стрептококи

Не включва: пневмония, причинена от:

- стрептокок група В (J15.3)
- *Streptococcus pneumoniae* (J13)

J15.5 Пневмония, причинена от *Escherichia coli*

J15.6 Пневмония, причинена от други аеробни грам-отрицателни бактерии

Пневмония, причинена от *Serratia marcescens*

- J15.7** Пневмония, причинена от *Mycoplasma pneumoniae*
J15.8 Други бактериални пневмонии
J15.9 Бактериална пневмония, неуточнена

Пневмония, причинена от други инфекциозни агенти, неклассифицирана другаде

Не включва: орнитоза (A70)

пневмоцистоза (B59)

пневмония:

• БДУ (J18.9)

• вродена (P23.—)

J16.0 Пневмония, причинена от хламидии

J16.8 Пневмония, причинена от други уточнени инфекциозни агенти

Остър бронхиолит

Включва: с бронхоспазм

J21.0 Остър бронхиолит, причинен от респираторно-синцитиален вирус

J21.9 Остър бронхиолит от друг причинител

U07.1 COVID-19, идентифициран вирус

Този код се използва, когато COVID-19 е потвърден чрез лабораторно изследване, независимо от тежестта на клиничните признаци или симптоми. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.

Не включва:

коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2)

коронавирус като причина за болести, класифицирани другаде (B97.2)

тежък остър респираторен синдром (SARS), неуточнен (U04.9)

U07.2 COVID-19, неидентифициран вирус

COVID-19 БДУ

Този код се използва, когато COVID-19 е диагностициран клинично или епидемиологично, но лабораторните изследвания са неубедителни или не са налични. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.

Не включва:

коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2) COVID-19

потвърден чрез лабораторно изследване (U07.1)

специално скринингово изследване за откриване на други вирусни болести (Z11.5)

наблюдение при съмнение за други болести или състояния (Z03.8)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1960 Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост

гръдна стена

бял дроб

медиастинум

плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

• корем (56301-01, 56307-01 [1957])

• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

Друга рентгенография на гръден кош

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])

Друго измерване на дихателна функция**ДРУГО ИЗМЕРВАНЕ НА ДИХАТЕЛНА ФУНКЦИЯ****11506-00 Други изследвания на дихателна функция**

Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Друга електрокардиография [ЕКГ]**11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]**

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

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи**13842-01 Измерване на артериални кръвни газове****Други диагностични тестове, измервания или изследвания****92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност****91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура****Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи****Серология**

при вирусна пневмония едно от следните:

- 91903-00 Серологично изследване за *Mycoplasma pneumoniae*
- 91903-01 Серологично изследване за Бруцелоза IgM
- 91903-02 Серологично изследване за *Borellia* (Лаймска болест)
- 91903-03 Серологично изследване за *Rickettsia conorii* (Марсилска треска)
- 91903-04 Серологично изследване за Лептоспироза
- 91903-05 Серологично изследване за *Coxiella burnetii* (Q треска)
- 91903-06 Серологично изследване за *Bordetella pertussis*
- 91922-07 Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
- 91903-07 Серологично изследване за респираторно-синцитиален вирус (RSV)
- 91903-08 Серологично изследване за грипен вирус А и Б
- 91903-09 Серологично изследване за ЕCHO вирус
- 92196-00 Серологично изследване за *Coxsackie virus*
- 91941-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на друг инфекциозен причинител
- 91911-19 Други вирусологични изследвания

Хематологични изследвания

Включва задължително:
хематологични изследвания - ПКК с диференциално броене";

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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
92044-00	Друго кислородно обогатяване □ 1615 Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори <i>Не включва:</i> хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека в частта си **“Пневмония”** се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, две от които са задължителни: 58500-00 и хематологични изследвания (91910-04, 91910-05, 91910-12, 91910-13, 91910-26, 91910-27, 91910-29), и две основни терапевтични процедури, от които едната задължително е 96199-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

При кодиране на **„Вирусна пневмония”** в клиничната пътека се изисква задължително серологично изследване с код 91903-00/91903-01/91903-02/91903-03/91903-04/91903-05/91903-06/91903-07/91903-08/91903-09/92196-00/91941-00/91922-07/91911-19 и пояснение „серология” към него.

Клиничната пътека в частта си **“Бронхиолит”** се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, (две от които задължително са 58500-00 и 11506-00 и три основни терапевтични процедури, (от които едната задължително е 92043-00, посочени в блок **Кодове на основни процедури**.

Забележка: При отчитане на заболяване „Вирусна пневмония“ или „Бронхиолит“, причинени от COVID-19 с код U07.1, изпълнителят задължително отчита и основна процедура с код ВСМД „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ (код 92191-00) или тест за откриване на антиген на SARS-CoV-2 (код 92191-01). Високоспециализираното медико – диагностично изследване „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ може да бъде отчетено, независимо в кое лечебно заведение, определено със заповед на министъра на здравеопазването и има сключен договор с НЗОК е извършено.

Изисквания при обявена епидемична обстановка със заповед на министъра на здравеопазването по повод на **инфекция с COVID-19:**

1. пациенти с инфекция с COVID-19 се хоспитализират по една от следните клинични пътеки с № 39 или № 48 или № 104;

2. пациенти с бронхопневмония или бронхиолит предизвикана от COVID-19, се хоспитализират по клинична пътека № 39 или № 48;

2а. в случаите на положителен резултат при приемане за хоспитализация или по време на хоспитализация на пациент с бронхопневмония или бронхиолит, предизвикана от COVID-19, за доказване на заболяване с код U07.1, лечебното заведение задължително отчита ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 (код 92191-00) или тест за откриване на антиген на SARS-CoV-2 (код 92191-01).

3. пациенти без бронхопневмония или бронхит, но с инфекция от COVID-19 се хоспитализират по клинична пътека № 104;

4. в случай на издадена заповед от РЗИ за карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури се осъществява само по КП № 104;

5. лечебното заведение може да отчете само една от следните клинични пътеки с № 39 или № 48 или № 104 в рамките на същия отчетен период при лечението на пациент по повод на инфекция с COVID-19.

„При инфекция с COVID-19 основна процедура с код 56301-00 Компютърна томография на гръден кош, се извършва по преценка на лекуващия лекар, при спазване на следните критерии:

1. Конвенционалната рентгенография на белите дробове е достатъчна като първи метод на избор при лабораторно потвърдени

пациенти със симптоматика от страна на дихателната система.

2. Компютърна томография на гръден кош се провежда при лабораторно потвърдени пациенти със симптоматика от страна на

дихателната система и негативен/неубедителен резултат от конвенционалната рентгенография.

3. Конвенционална рентгенография на белите дробове е достатъчна при симптомни, лабораторно непотвърдени пациенти.

4. Компютърна томография на гръден кош се провежда при средно и тежко болни пациенти, показващи белези на усложнение. Като се

има предвид високата вероятност за влошаване на бъбречната функция от приложението на йод-базирани контрастни материи, контраст-

усилената КТ трябва да се преценява при анализ полза/риск. Контраст-усилените протоколи са показани при съмнение за БТЕ, системни емболии или хеморагии.“

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пневмология и фтизиатрия“, медицинската специалност „Вътрешни болести“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Вътрешни болести“ .

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

Допуска се ЛЗБП от I ниво да има сключен договор с микробиологична лаборатория на територията на областта. Допускат се легла за интензивно лечение към съответните структури (отделение/клиника) в ЛЗБП.

1. 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. Отделение по пневмология и фтизиатрия или Отделение по вътрешни болести
2. Рентгенов апарат за скопия и графия Отделение по образна диагностика
3. Кабинет за ФИД (спирометрия)
4. Клинична лаборатория
5. Легла за интензивно лечение в отделението/клиниката

2. 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. Вирусологична лаборатория
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

За провеждане на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по време на въведените от министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна, лечебното заведение следва да е посочено в заповед на министъра на здравеопазването като изпълнител, съответно да има сключен договор с НЗОК.

В случай че лечебното заведение не е изпълнител на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по договор с НЗОК, е необходимо да представи договор с друго лечебно заведение, посочено в заповед на министъра на здравеопазването.

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- в отделение по вътрешни болести I ниво - минимум един лекар със специалност пневмология и фтизиатрия

или

лекар със специалност по вътрешни болести за:

- кодове J15.8, J15.9 може да работи лекар със специалност по вътрешни болести с 5 години стаж (проведен в лечебно заведение за болнична помощ или диспансер) по специалността, ако на територията на общината липсва лечебно заведение, което да изпълнява тази клинична пътека;

- код U07.1 COVID-19, идентифициран вирус;

в отделение по Пневмология и фтизиатрия I ниво на компетентност – минимум един лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на пациенти над 18 години с бронхопневмония и бронхиолит при наличие на обективни клинични и параклинични данни за:

1. Тежка пневмония (честота на дишането >30 в минута при прегледа/постъпването; остра дихателна недостатъчност - дефинирана като $PaO_2/FiO_2 < 250$ mmHg; необходимост от механична вентилация; рентгенография, показваща двустранна

локализация или ангажиране на множество лобове; увеличаване размера на засенчването (рентгенови изменения) с над 50% в първите 48 часа след установяване на пневмонията или от хоспитализацията; хиперлевкоцитоза (над 30 000), левкопения (под 4000).

2. Болни с придружаващи рискови фактори за усложнено протичане:

2.1. възраст над 65 години;

2.2. наличие на съпътстващи болести или друга находка;

2.3. физикална находка: дихателна честота > 30 в мин; диастолно налягане <60 mmHg или систолно налягане < 90 mmHg; температура >38°C; данни за извънбелодробно ангажиране - септичен артрит, менингит и др.; объркване и/или нарушено съзнание.

2.4. лабораторни данни: левкоцити < 4 x 10⁹/л или > 30 x 10⁹/л или абсолютен брой на неутрофилите < 1 x 10⁹/л; PaO₂ < 60 mmHg или PaCO₂ > 50 mmHg; необходимост от механична вентилация; данни за нарушена бъбречна функция - креатинин > 130 микромол/L; неблагоприятни рентгенови изменения - ангажиране на > 1 лоб, кухина или плеврален излив, хематокрит < 30% или хемоглобин < 90 г./л. Други данни за сепсис или нарушена органна функция, манифестирани с метаболитна ацидоза, удължено протромбиново или ПТП време, намалени тромбоцити.

3. Болни с бронхиолит – при клинични данни за наличие на остра инфекция на периферни дихателни пътища и белези на дихателна недостатъчност от кръвно-газовия анализ (КГА) на артериална кръв; липса на анамнестични и клинично-рентгенологични данни за хронична белодробна патология или сърдечна недостатъчност; функционално изследване на дишането, установяващо тежко обструктивно или смесено вентилаторно нарушение (при невъзможност за ФИД, обективизирането на тежестта е с КГА – установяване на PaO₂ < 65 mmHg при липса на друга остра / хронична белодробна или сърдечна патология).

4. Неповлияване/влошаване след провеждане на амбулаторно лечение, доказано с приложена медицинска документация (вкл. резултати от рентгенови и лабораторни изследвания).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Задачите и дейностите се изпълняват при задължителна антибактериална терапия.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта:

- измерване на артериални кръвни газове (КГА)- при показания;
- серологично изследване – при показания;
- хемокултура – при тежки и нелекувани с антибиотик пневмонии;
- храчка за бактериология (при наличие на експекторация);;
- спирометрия – задължителна при бронхиолит;
- плеврална пункция и изследване на пунктата при наличие на плеврален излив

Медико-диагностичните изследвания се извършват до 24 часа от приемането. Контролна рентгенография се извършва при изписване от болницата.

Антибактериалната терапия започва не по-късно от 4 часа след хоспитализацията.

ПРИНЦИПИ НА ЕМПИРИЧНА АНТИБАКТЕРИАЛНА ТЕРАПИЯ:

1. Началната антибактериална терапия при болните с пневмония по правило е емпирична, широкоспектрна и насочена към най-вероятните причинители в зависимост от

конкретния клиничен случай (възраст, тежест на пневмонията, придружаващи болести, риск за необичайна инфекция и др.).

2. Най-честите причинители на нетежки придобити в обществото пневмонии при болни показани за хоспитализация, са: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, смесена флора (вкл. анаеробни бактерии), аеробни Гр. (-) отриц. бактерии, *Legionella sp.*, *S. aureus*, *C. pneumoniae*, респираторни вируси и по-рядко *M. pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*.

3. Антибактериалната терапия се прилага венозно (минимум 3 дни при нетежки пневмонии), последвана от перорална терапия, в повечето случаи с един антибиотик, покриващ посочените най-чести причинители. При добро повлияване на процеса се продължава с перорална терапия с препарат от същата или друга група до изписването на пациента.

4. При тежки пневмонии антибактериалната терапия е по правило комбинирана и се прилага парентерално (минимум 5-7 дни). Тя трябва да покрива и "атипичните" причинители, и включва препарат с разширена активност спрямо Гр. (-) бактерии, вкл. анаероби и проблемна Грам (-) флора (напр. *Ps. aeruginosa*) до бактериологично изясняване или сигурен ефект от лечението и стабилизиране на състоянието. Медикаментите се прилагат в максимално приетите дози.

5. При получаване на надеждни микробиологични (хемокултура, плеврален пунктат) или серологични резултати, антибактериалната терапия се съобразява /коригира в съответствие с изолирания причинител/ серологичен резултат.

С оглед реалностите в страната е препоръчително минимум 7-дневно активно лечение и наблюдение в болница, с минимум 3 дни парентерално (i.v.) антибактериално лечение, в зависимост от утвърдените показания за използвания конкретен препарат.

Общата продължителност (в болницата и след изписването) на антибактериалната терапия при пневмониите с неусложнено протичане обичайно не надхвърля 15 дни. Това не се отнася за случаите на много вероятна или доказана "атипична" пневмония, причинена от *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *Legionella sp.*, *C. burnetii*, *C. Psittaci*, когато е необходимо минимум 3-седмично активно лечение.

ПРИЧИНИ ЗА НЕАДЕКВАТЕН ОТГОВОР КЪМ ПЪРВОНАЧАЛНО ЗАПОЧНАТОТО ЛЕЧЕНИЕ

Липсата на подобрение или влошаване на клиничното състояние след първоначалното емпирично лечение може да се дължи на следните няколко възможни причини:

Неадекватна антибактериална терапия. Етиологичният причинител може да е резистентен към лекарствата или да не се покрива от началната антибактериална терапия.

Необичайни патогени. При влошаване или персистиране на физикалната и рентгеновата находка диференциалната диагноза следва да включи туберкулоза, ендемична гъбична инфекция или *Pn. carinii* пневмония. Болни на лечение с кортикостероиди могат да развият гъбична пневмония. Нова внимателна анамнеза е необходима при болен, неотговарящ на терапията. Епидемиологични данни могат да насочат към определен патоген, чието доказване е възможно с използването на серологична диагностика - Q треска, пситакоза, туберкулоза и др.

Неинфекциозни болести. Белодробен тромбемболизъм, конгестивна сърдечна недостатъчност, карцином с обструктивен пневмонит, някои възпалителни белодробни заболявания - облитериращ бронхиолит и пневмония в организация, грануломатоза на Wegener, еозинофилна пневмония.

В условията на неадекватен отговор към провежданото лечение е необходимо модифициране на обема и агресивността на диагностичните изследвания в пряка зависимост от тежестта на заболяването

Поради възможността за емпием/абсцедиране при всеки болен с неадекватен клиничен отговор на лечението е необходимо повтаряне на рентгенографията.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

- пневмония – основава се на типичната клинична картина и характерен рентгенов образ, клинично - лабораторни изследвания, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение, изключване на алтернативни диагнози;

- бронхиолит - основава се на типичната клинична картина, резултатите от *спирометрията* и динамиката в параметрите, изключване на диагноза астма.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧНИЯ РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

1. стабилизиране на клиничната картина;

2. стабилизиране и/или подобряване на лабораторните показатели - ПКК + ДБ, обратно развитие на рентгеновите изменения;

3. възможност за продължаване на перорална антибактериална терапия в амбулаторни условия.

Пациентът се подготвя за изписване, като се приключват и преценяват контролните изследвания ПКК и ДБ и контролната рентгенография на гръдния кош, подготвя се документацията за болния, определят се денят на дехоспитализацията и схемата за лечение в домашни условия, уведомяват се близките му.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Пневмонията е заболяване, ангажиращо белодробния паренхим. То е остро възпаление, причинено най-често от микроорганизми (бактерии, вируси и атипични причинители). Появява се бързо, може да прогресира, да предизвика нарушения в дихателната Ви функция и често налага приемането Ви в болница за лечение. Поради възможност за бързо прогресиране на болестта, провежданото в домашни условия лечение може да не бъде достатъчно и да доведе до необходимостта от провеждане и на кислородотерапия.

Вашият лекар е преценил, че за по-нататъшното Ви лечение трябва да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на вътрешно/спешно/интензивно отделение поради значително нарушената функция на белия Ви дроб и необходимост от лечение и проследяване, което не може да се осъществи в домашни условия.

През времетраенето на периода на лечение ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметете за важни.

Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани, за да дадете съгласие за извършването им.

Вашето лечение ще включва антибактериални средства, кислород при необходимост и др., за които ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно или през устата в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

Вашите близки могат да посещават клиниката ежедневно, но е желателно посещенията да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с конкретните условия в отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващият Ви екип.

Ние ще следим Вашето здравословно състояние в продължение на целия престой от деня, в който Ви приемем в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно Вашето изписване или Вие сам решите да се откажете от активно лечение и желаете да напуснете болницата.

Какво ще стане след Вашето постъпване в болницата?

Лекуващият лекар ще Ви прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването Ви в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, електрокардиограма, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена) и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка, ще Ви бъде назначено лечение - противовъзпалителни средства, кислород и др. медикаменти, според състоянието. Ако състоянието Ви не се подобри, влошите се или изпитвате дихателна умора, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако по време на лечението желаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това

свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

В края на този формуляр ние желаем Вашето разрешение за проследяване на здравословното Ви състояние в продължение на целия престой в болничното заведение. За тази цел Вашият лекар ще попълва медицинския Ви картон (история на заболяването).

Поверителност

Поверителността на медицинската информация за Вас е осигурена и Вашето име няма да се появи в никакъв статистически отчет или доклад. Данните за здравословното Ви състояние ще са достъпни само на лекуващия Ви екип.

Информация за здравословното Ви състояние ще бъде давана само на Вашите роднини по пряка линия, освен ако Вие изрично не посочите писмено в този формуляр, че не желаете това да бъде правено.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля, обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай, обаче, Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

КП № 40 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХИАЛНА АСТМА: СРЕДНО ТЕЖЪК И ТЕЖЪК ПРИСТЪП

КП № 40.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХИАЛНА АСТМА: СРЕДНО ТЕЖЪК И ТЕЖЪК ПРИСТЪП ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Астма

Не включва: остра тежка астма (J46)
хроничен астматичен (обструктивен) бронхит (J44.—)
хронична обструктивна астма (J44.—)
еозинофилна астма (J82)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
астматичен статус (J46)

J45.0 Астма с преобладаващ алергичен компонент

Алергичен:

- бронхит БДУ
 - ринит с астма
- Атопична астма
Екзогенна алергична астма
Сенна хрема с астма

J45.1 Неалергична астма

J45.8 Смесена астма

Съчетание на състояния, посочени в рубриците J45.0 и J45.1

J45.9 Астма, неуточнена

Астматичен бронхит БДУ
Късно започнала астма

J46 Астматичен статус [status asthmaticus]

Остра тежка астма

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Друго измерване на дихателна функция	
11506-00	Други изследвания на дихателна функция Дихателен функционален тест } Спирометрия } БДУ
1857 Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
92057-00	Телеметрия Електрографично мониториране <i>не включва:</i> тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1926 Микробиологични изследвания	
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
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	
91929-05	Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за клетъчен блок
1930 Имунологични изследвания	
91904-11	Доказване на биомаркери на алергично възпаление
1923 Хематологични изследвания	
Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, левкограма;	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
92044-00	Друго кислородно обогатяване
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (едната от които задължително е 11506-00) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология".

1. 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 пневмология и фтизиатрия или Клиника/ отделение по алергология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Рентгенов апарат за скопия и графия Отделение по образна диагностика
3. Клинична лаборатория с възможност за КГА
4. Лаборатория /кабинет за ФИД
5. Легла за интензивно лечение в отделение /клиниката

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

– в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия II ниво на компетентност - двама лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия
или

- в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност –трима лекари със специалност по вътрешни болести и поне един лекар със специалност по клинична алергология или по пневмология и фтизиатрия
или

в клиника по алергология III ниво на компетентност - двама лекари със специалност по алергология; в отделение по алергология един лекар със специалност по алергология;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Диагностика и лечение на бронхиална астма при лица над 18 години:

1. пациенти със застрашаващ живота пристъп - по клинични критерии и $FEV_1 < 40 \%$ при възможност да се проведе ФИД, и тежък астматичен пристъп - по клинични критерии и $FEV_1 < 60 \%$ от предвидения;

2. пациент с астматичен пристъп и с данни за дихателна умора, остра или хронична обострена дихателна недостатъчност;

3. пациенти със среднотежък астматичен пристъп - $FEV_1 < 80 \%$ от предвидения, при наличие на рискови фактори (бременност, психически заболявания, друга хронична патология, преживяна механична вентилация по повод астматичен пристъп, преживяна хоспитализация за астма в интензивно отделение);

4. незадоволително повлияване/влошаване при започнато лечение в дома или в амбулаторни условия;

5. чести нощни, изтощителни пристъпи (>5 седмично), FEV_1 (50 - 80 %).

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

Индикации за хоспитализация в интензивно отделение:

- Тежък пристъп при рисков болен.
- Болен с данни за дихателна умора и/или вентилаторна недостатъчност (хиперкапния).
- Съчетание на проблемна друга патология и астма.
- Умерена/тежка хипоксемия (остра дихателна недостатъчност).
- Умерена/тежка хипоксемия при обострена хронична дихателна недостатъчност.
- Всички болни, отговарящи на посочените показания, подлежат на спешна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Основните медико-диагностични изследвания се извършват до 24 час от приемането.

Спирометрия – при приемането (когато състоянието на болния позволява) и преди дехоспитализацията.

Ако от лечебното заведение е назначена рентгенография, същата трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Поведението при хоспитализирани болни с бронхиална астма в пристъп е определено в Националния консенсус за диагноза и лечение на бронхиалната астма (2000 г.), или съответно в Националния консенсус за диагноза и лечение на бронхиалната астма за деца (2003 г.).

При наличие на циркулаторен колапс, ангиоедем и дифузна обструкция - приложение на адреналин (0,3 мл от 0, 1% -тен разтвор субкутанно (интракардиално при липса на сърдечна дейност), като приложението се повтаря при нужда през 10 минути до общо количество 1 мл). За поддържане на адекватна циркулация се осигурява постоянен венозен път и се прилага инфузия с допамин (10-15 мкг /кг/мин).

Лечението с **бета-2-агонисти** инхалаторно започва веднага след установяването на бронхоспазъм, но не по-късно от един час от хоспитализацията.

Началното **кортикостероидно лечение** се прилага венозно, дозата зависи от тежестта на състоянието.

Наблюдението и оценката на състоянието на хоспитализиран болен с астма в пристъп в първите 24 часа е стриктно, поради възможността за бързо влошаване, независимо от провежданото лечение.

Задължителна е преоценката на поведението, съобразно резултата от лечението, 2-3 часа след приемането.

Противопоказано е прилагането на седативни средства при болни с астма в пристъп!

При овладяни нощни пристъпи и ФЕО₁>50% от предвидения - след третия ден може да се премине към перорално лечение с кортикостероид.

ДОЗИРОВКА НА МЕДИКАМЕНТИ, ИЗПОЛЗВАНИ ПРИ АСТМАТИЧЕН ПРИСТЪП

Използваните медикаменти в лечението на астматичния пристъп, дозите им и честотата на приложение при възрастни са общоприети и са съобразени в Националния консенсус за диагноза, профилактика и лечение на бронхиалната астма.

Метилксантините се прилагат по индивидуална преценка.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозата астма се основава и на положителен бронходилататорен тест (повишение на ФЕО₁ над 12% от изходната стойност, но не по-малко от 200 мл).

4. 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 едно или повече от следните условия:

- 1.краткодействащи инхалаторни бета-агонисти се използват не по-често от на 6 часа;
- 2.няма събуждане през нощта или рано сутрин поради нужда от инхалация на бързодействащ бета 2-агонист;
- 3.при деца: КАС и пулсоксиметрия са с параметри, в границата на нормата;
- 4.при възрастни: ФЕО1 след бронходилататор е >80% от предвидената стойност или най-доброто лично постижение на пациента по време на хоспитализацията;
- 5.стабилно, поне 24 часа, състояние на фона на предписаното лечение.
- 6.болните () са обучени да инхалират правилно.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Продължаването на лечението да е посочено в епикриза.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Бронхиалната астма е заболяване, при което дихателните пътища пристъпно намаляват своя просвет и затрудняват обмена на газове между организма и околната среда. Тежестта на бронхиалната астма варира в големи граници – от леки форми, при които има само кашлица и недостиг на въздух до тежки форми, които ограничават елементарни човешки дейности и могат да застрашат живота. В същото време има състояния, при които има симптоми, подобни на астматичните, но които не са астма. Важно е да се постави точната диагноза: дали се касае за астма, каква е тежестта на астмата, дали има елементи от околната среда, които по специфичен начин да я предизвикват. Само на тази основа можем да осъществим съответно за всеки конкретен случай лечение и поведение. Остро разгърналите се форми на астма могат да протекат много бързо, да прогресират и да наложат приемането на страдащия по спешност в болница. Това е необходимо, защото с провежданото лечение в домашни условия не винаги може да се постигне желаният резултат.

Вашият лекар е преценил, че за изясняване на Вашия случай и за по-нататъшното Ви лечение е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете диагностициран/а и лекуван/а в най-подходящи условия.

През времетраенето на периода на лечение ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметете за важни.

Вашият престой в клиниката ще продължи не по-малко от 4 дни. Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, вкл. изследване на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани преди съгласието Ви да бъдат извършени.

Вашето лечение ще включва лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), а ако се прецени за необходимо - антибиотик, кислород и др., за които ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалации в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат да посещават клиниката ежедневно, но е желателно посещенията при Вас да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващия Ви екип.

Ние ще следим Вашето здравословно състояние в продължение на целия престой от деня, в който Ви приемем в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след Вашето постъпване в болницата?

Лекуващият лекар ще Ви прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването Ви в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка при нужда ще Ви бъде назначено лечение със средства, които разширяват бронхите, кислород, противовъзпалителни препарати, както и други медикаменти според състоянието Ви. Ако състоянието Ви не се подобри, влошавате се или изпитвате дихателна умора, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Поверителност

Поверителността на медицинската информация за Вас е осигурена и Вашето име няма да се появи в никакъв статистически отчет или доклад. Данните за здравословното Ви състояние ще са достъпни само на лекуващия Ви екип.

Информация за здравословното Ви състояние ще бъде давана само на Вашите роднини по пряка линия, освен ако Вие изрично не посочите писмено в този формуляр, че не желаете това да бъде правено.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

КП № 40 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХИАЛНА АСТМА: СРЕДНО ТЕЖЪК И ТЕЖЪК ПРИСТЪП

КП № 40.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХИАЛНА АСТМА: СРЕДНО ТЕЖЪК И ТЕЖЪК ПРИСТЪП ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Астма

Не включва: остра тежка астма (J46)
хроничен астматичен (обструктивен) бронхит (J44.—)
хронична обструктивна астма (J44.—)
еозинофилна астма (J82)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
астматичен статус (J46)

J45.0 Астма с преобладаващ алергичен компонент

Алергичен:

- бронхит БДУ
 - ринит с астма
- Атопична астма
Екзогенна алергична астма
Сенна хрема с астма

J45.1 Неалергична астма

J45.8 Смесена астма

Съчетание на състояния, посочени в рубриците J45.0 и J45.1

J45.9 Астма, неуточнена

Астматичен бронхит БДУ
Късно започнала астма

J46 Астматичен статус [status asthmaticus]

Остра тежка астма

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Друго измерване на дихателна функция	
11506-00	Други изследвания на дихателна функция Дихателен функционален тест } Спирометрия } БДУ
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1927	Морфологични изследвания
91929-05	Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за клетъчен блок
1926	Микробиологични изследвания
92184-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
1930	Имунологични изследвания
91904-11	Доказване на биомаркери на алергично възпаление
1923	Хематологични изследвания
Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, левкограма;	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
	Овлажняваща терапия
92044-00	Друго кислородно обогатяване
Приложение на фармакотерапия	
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължително две –13842-01 или 13311-00 или 13310-00 или 92184-02 и 11506-00 (при деца над 8 /осем/ години), и две основни терапевтични процедури 96199-03 и 92043-00, посочени в таблица **Кодове на основни процедури** .

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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 по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по алергология
2. Рентгенов апарат за скопия и графия
3. Клинична лаборатория II ниво на компетентност с възможност за КГА
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия)
5. Легла за интензивно лечение в отделението/ клиниката

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- в клиника по детска пневмология и фтизиатрия III ниво на компетентност - четирима лекари със специалност по детска пневмология и фтизиатрия

или

в клиника/отделение по педиатрия II ниво на компетентност - четирима лекари със специалност педиатрия;

или

в клиника по алергология III ниво на компетентност - двама лекари със специалност по алергология ; в отделение по алергология -един със специалност по алергология;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Диагностика и лечение на бронхиална астма при деца до 18 години със:

1. тежък астматичен пристъп - по клинични критерии и ФЕО1, РаО2 - под 85, сатурация на кислорода с пулсоксиметър < 90 %;

2. среднотежък астматичен пристъп - ФЕО1, РаО2 - под 90; сатурация на кислорода с пулсоксиметър < 95 %;

3. влошаване или липса на ефект или от проведеното амбулаторно лечение и липса на достатъчна сигурност за добър резултат от продължаването му в домашни условия;

4. данни за дихателна умора и/или дихателна недостатъчност.

Дейностите и услугите в обхвата по т. 1.4 се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Индикации за хоспитализация в интензивно отделение:

- Болно дете с данни за дихателна умора и/или дихателна недостатъчност (хиперкапния);
- Съчетание на проблемна друга патология и астма;
- Умерена/тежка хипоксемия (остра дихателна недостатъчност);
- Умерена/тежка хипоксемия при обострена хронична дихателна недостатъчност.

Всички болни, отговарящи на посочените показания, подлежат на спешна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение.

При показания за интензивно лечение, но липса на профилирана клиника/отделение, пациентите се насочват за хоспитализация в многопрофилни болници. При първи пристъп, след стабилизиране на състоянието, пациентите се насочват към специализирана клиника по детска пневмология и фтизиатрия за уточняване на диагнозата.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания (вкл. КГА) се извършва до 24 часа от приемането

Назначената по преценка на лекуващия лекар рентгенография трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Поведението при хоспитализирани болни с бронхиална астма в пристъп е определено в Националния консенсус за диагноза и лечение на бронхиалната астма (2000 г.), или съответно в Националния консенсус за диагноза и лечение на бронхиалната астма за деца (2003 г.).

Лечението с **бета-2-агонисти инхалаторно** започва веднага след установяването на бронхоспазм, но не по-късно от един час от хоспитализацията.

Началното **кортикостероидно лечение** се прилага **венозно**, дозата зависи от тежестта на състоянието.

Наблюдението и оценката на състоянието на хоспитализирано дете с астма в пристъп в първите 24 часа е стриктно, поради възможността за бързо влошаване, независимо от провежданото лечение.

Задължителна е преоценката на поведението, съобразно резултата от лечението, 2-3 часа след приемането. Тя се базира на анализа на комплекс, а не на единични показатели (клинични, функционални, лабораторни).

Противопоказано е прилагането на седативни средства при болни с астма в пристъп!

ДОЗИРОВКА НА МЕДИКАМЕНТИ, ИЗПОЛЗВАНИ ПРИ АСТМАТИЧЕН ПРИСТЪП

Използваните медикаменти в лечението на астматичния пристъп, дозите им и честотата на приложение при възрастни и деца са общоприети и са съобразени в националния консенсус за диагноза, профилактика и лечение на бронхиалната астма.

Метилксантините се прилагат по индивидуална преценка.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозата астма се основава на характерна клиника с експираторна диспнея, положителен бронходилататорен тест, положителни тестове при физическо натоварване (студ), реакция на концентрация метахолин (незадължително), характерна за бронхиална астма (при възможност), ВЕД вариабилитет над 15%.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и едно или повече от следните условия:

1. краткодействащи инхалаторни бета-агонисти се използват не по-често от на 6 часа;
2. няма събуждане през нощта или рано сутрин поради нужда от инхалация на бързодействащ бета 2-агонист;
3. при деца: КАС и/или пулсоксиметрия са с параметри в границата на нормата;
4. при възрастни: ФЕО1 след бронходилататор е >80 % от предвидената стойност или най-доброто лично постижение на пациента по време на хоспитализацията;
5. стабилно, поне 24 часа, състояние на фона на предписаното лечение;
6. болните (при деца - техните родители) са обучени да инхалират правилно.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

След дехоспитализация пациентът се насочва към личен лекар за наблюдение и представяне на специалист пулмолог, алерголог или педиатър за диспансеризация съгласно изискванията на Наредбата за диспансеризация.

Продължаването на лечението е посочено в епикризата.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Бронхиалната астма е заболяване, при което дихателните пътища пристъпно намаляват своя просвет и затрудняват обмена на газове между организма и околната среда. Тежестта на бронхиалната астма варира в големи граници – от леки форми, при които има само кашлица и недостиг на въздух до тежки форми, които ограничават елементарни човешки дейности и могат да застрашат живота. В същото време има състояния, при които има симптоми, подобни на астматичните, но които не са астма. Важно е да се постави точната диагноза: дали се касае за астма, каква е тежестта на астмата, дали има елементи от околната среда, които по специфичен начин да я предизвикват. Само на тази основа можем да осъществим съответно за всеки конкретен случай лечение и поведение. Остро разгърналите се форми на астма могат да протекат много бързо, да прогресират и да наложат приемането на страдащото дете по спешност в болница. Това е необходимо, защото с провежданото лечение в домашни условия не винаги може да се постигне желаният резултат.

Лекуващият лекар е преценил, че за по-нататъшното лечение на Вашето дете, е целесъобразно то да постъпи в болница, където ще бъде лекувано в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на белия му дроб.

През времетраенето на периода на лечение Вашето дете ще трябва да провежда назначеното лечение, да спазва предписания режим, както и да съобщава на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания или проблеми.

Престоят на детето Ви в клиниката ще продължи не по малко от 3 дни. Ще му бъдат извършвани различни изследвания, вкл. изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани преди съгласието Ви да бъдат извършени.

При нужда лечението на Вашето дете ще включва лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), а ако се прецени за необходимо - антибиотик, кислород и др., за които ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалации в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

Можете да посещавате клиниката ежедневно, но в указаните дни и часове.

Сведения за здравословното състояние получават само родителите от лекуващия го лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на Вашето дете от деня, в който го приемем в болницата, докато състоянието му се подобри и стане възможно изписването му или Вие сами решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след постъпването на Вашето дете в болницата?

Лекуващият лекар ще прегледа Вашето дете и ще назначи необходими изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването му в клиниката/отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка при нужда ще му бъде назначено лечение със средства, които разширяват бронхите, кислород, противовъзпалителни препарати, както и други медикаменти според състоянието му. Ако състоянието на Вашето дете не се подобри, или се влоши или има дихателна недостатъчност, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението детето почувства неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия екип да преоцени състоянието му и съответно да коригира лечението.

Можете да прекратите лечението на Вашето дете по всяко време без да давате обяснения за това. Необходимо е обаче да изразите това желание писмено и да го удостоверите с Вашия подпис, като с това си действие освобождавате лекуващия го екип от отговорността за по нататъшното му здравословно състояние.

Поверителност

Поверителността на медицинската информация е осигурена и името на детето Ви няма да се появи в никакъв статистически отчет или доклад. Данните за здравословното му състояние ще са достъпни само на лекуващия го екип.

Информация за здравословното му състояние ще бъде давана само на двамата родители.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата му като пациент, или ако смятате, че то е получило увреждане, свързано с лечението, обръщайте се към лекуващия лекар или към дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия го екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижи за здравето на Вашето дете.

КП № 41 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АЛЕРГИЧНИ И ИНФЕКЦИОЗНО-АЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА

КП № 41.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АЛЕРГИЧНИ И ИНФЕКЦИОЗНО-АЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър ларингит и трахеит

- J04.0** Остър ларингит
J04.2 Остър ларинготрахеит

Остър обструктивен ларингит [круп] и епиглотит

- J05.0** Остър обструктивен ларингит [круп]
J05.1 Остър епиглотит

Хроничен ларингит и ларинготрахеит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

J37.0 Хроничен ларингит (и с професионална етиология)

Ларингит:

- катарален
- хипертрофичен
- сух(атрофичен)

Не включва: ларингит:

- БДУ (J04.0)
- остър (J04.0)
- обструктивен (остър) (J05.0)

Астма

Не включва:

остра тежка астма (J46)
хроничен астматичен (обструктивен) бронхит (J44.—)
хронична обструктивна астма (J44.—)
еозинофилна астма (J82)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
астматичен статус (J46)

J45.0 Астма с преобладаващ алергичен компонент

Алергичен:

- бронхит БДУ
- ринит с астма

Атопична астма

Екзогенна алергична астма

Сенна хрема с астма

J45.1 Неалергична астма (и с професионална етиология)

J45.8 Смесена астма (и с професионална етиология)

Съчетание на рубрики J45.0 и J45.1

J45.9 Астма неуточнена

Астматичен бронхит БДУ

Късно започнала астма

Болест на дихателните пътища, предизвикана от специфична органична прах

Не включва: багасоза (J67.1)

- фермерски бял дроб (J67.0)
хиперсензитивен пневмонит, причинен от органична прах (J67.—)
реактивен синдром на дисфункция на дихателните пътища (J68.3)
- J66.0 Бисиноза**
Болест на дихателните пътища, предизвикана от прахта на памука
- J66.1 Болест на работещите с лен**
- J66.2 Канабиноза**

Хиперсензитивен пневмонит, предизвикан от органична прах

Включва: алергичен алвеолит и пневмонит, причинени от вдишване на органична прах и частици от гъби, актиномицети или частици от друг произход

- J67.0 Фермерски бял дроб [на селския стопанин]**
Бял дроб на жетваря
Бял дроб на косача
Болест, предизвикана от плесенясало сено
- J67.2 Бял дроб на любители на птици**
Болест или бял дроб на любителя на папагали
Болест или бял дроб на любителя на гълъби
- J67.3 Субероза**
Болест или бял дроб на обработващия корк
Болест или бял дроб на работещия в корковото производство
- J67.4 Бял дроб на работещия с малц**
Алвеолит, причинен от *Aspergillus clavatus*
- J67.5 Бял дроб на работещия с гъби**
- J67.7 Бял дроб при контакт с климатик и овлажнители на въздуха**
Алергичен алвеолит, причинен от гъбична плесен, термофилни актиномицети и други микроорганизми, размножаващи се в системите за вентилация [климатични инсталации] на въздуха
- J67.8 Хиперсензитивни пневмонити, причинени от друга органична прах**

Респираторни състояния, причинени от вдишване на химични вещества, газове, дим и пари

- J68.0 Бронхит и пневмонит, причинени от химични вещества, газове, дим и пари**
- J68.2 Възпаление на горните дихателни пътища, причинено от химични вещества, газове, дим и пари, неklasифицирано другаде**
- J68.3 Други остри и подостри респираторни състояния, причинени от химични вещества, газове, дим и пари**
- J68.4 Хронични респираторни състояния, причинени от химични вещества, газове, дим и пари**

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти

- J70.4 Белодробни интерстициални нарушения, причинени от лекарствени средства**
- J70.8 Респираторни състояния, причинени от други уточнени външни агенти**

Други респираторни болести, увреждащи главно интерстициалната тъкан

- J82 Белодробна еозинофилия, неklasирана другаде**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друго измерване на дихателна функция

- 11503-17 Инхалаторно провокационно тестване**
Включва: създаване на крива за отговор на доза
пост бронходилататорна спирометрия
пред провокационна спирометрия

- използване на:
- холин
 - хистамин
 - неизотонични течности
 - сензитизиращи агенти

Рентгенография на глава и шия

57903-00 Рентгенография на параназален синус

Друга рентгенография на гръден кош

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])

Други диагностични тестове на ухо, нос, уста и гърло, измервания или изследвания

92026-00 Назално функционално изследване
 Риноманометрия

Кожно-алергични тестове за чувствителност

12015-00 Епикутанно кожно алергично тестване с ползване на всички алергени в стандартен набор тестове

Не включва: тези с допълнителни алергени (12018-00, 12021-00 [1865])

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция

Дихателен функционален тест }
 Спирометрия } БДУ БДУ

Процедури за изследване на ларинкса

41849-00 Ларингоскопия

Друго измерване на дихателна функция

11503-17	<p>Инхалаторно провокационно тестване</p> <p><i>Включва:</i> създаване на крива за отговор на доза пост бронходилататорна спирометрия пред провокационна спирометрия използване на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • холин • хистамин • неизотонични течности • сензитизащи агенти
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1927	Морфологични изследвания
91929-05	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за клетъчен блок
1926	Микробиологични изследвания
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
1930	Имунологични изследвания
91904-11	Доказване на биомаркери на алергично възпаление
91924-11	Определяне на специфични IgE антитела срещу алергени
1923	Хематологични изследвания
<p>Имунологични изследвания: изследване на специфични IgE антитела срещу алергени Включва задължително хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, левкограма</p>	
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
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
Имунизация	
92179-00	Имунизация при алергия

Десенситизация

Не включва: приложение на змийски протеин (96195 [1884])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент - противоинокциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент - противоинокциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, от които задължително 91910-04, 91910-05, 91924-11, (имунологично и/или хематологично изследване), и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология". Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

1. 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 алергология или Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по професионални заболявания
2. Рентгенов апарат за скопия и графия Отделение по образна диагностика
3. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия)
5. Легла за интензивно лечение в отделение /к-ката

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- в клиника по алергология III ниво на компетентност - двама лекари със специалност по клинична алергология; в отделение по алергология - един лекар със специалност по клинична алергология

или

- в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия II ниво на компетентност - двама лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия
или

в клиника по професионални болести лекар със специалност по професионални болести и със специалност пневмология и фтизиатрия
или

в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност - при наличност на лекар със специалност пневмология и фтизиатрия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При наличие само на лекар със специалност по вътрешни болести в ЛЗ задължително се изисква договор с клиничен алерголог или лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на лица над 18 години с клинични данни за дихателни проблеми, причинени от контакт с екзогенни вещества по алергичен или иритативен механизъм.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При наличие само на лекар със специалност по вътрешни болести в ЛЗ задължително се осигурява консултация с лекар със специалност по клинична алергология или лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия до 24 часа след приема и преди изписването. Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания (вкл. КГА) се извършва до 24 часа от приемането.

Назначената от лечебното заведение рентгенография трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Кожно-алергичните проби – до 48 ч. след хоспитализацията.

При постъпване в болница за диагностика на алергично и/или професионално алергично заболяване на горни и долни дихателни пътища, първоначално се извършват диагностични процедури, като пациента задължително е в ремисия, след което се провежда лечение.

При установяване на генезата е уместно започването на лечение с алергенни ваксини.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Анамнестичните данни за контакт с екзогенни субстанции насочват към диагнозата. Епикутанните, интрадермалните и Prick- кожни проби подпомагат диагнозата. В някои случаи се налагат провокационни проби с екзогенни субстанции. При негативни резултати се търсят други причини – инфекциозни, паразитни, автоимунни, неопластични болести.

При пациенти, постъпили за първоначална диагностика на професионални и/или алергични болести на горни дихателни пътища или професионална астма, лечението започва след осъществяване на алергологичните диагностични процедури!

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

1. диагностицирано или отхвърлено професионално и/или алергично заболяване на горни и долни дихателни пътища;
2. стабилизирането на състоянието;
3. липсата на органно засягане.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

След изписването пациентът се наблюдава от личен лекар и при нужда се осъществява консултация със специалист.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Алергичните болести на дихателната система са група, която може да засегне различни нива на дихателните пътища. Всички те са изява на променена имунна реактивност на организма към различни вещества от външната среда (полени, домашни микрокърлежи, домашни животни, медикаменти, храни, ужилвания от насекоми, въздействия от професионалната среда) и вътрешната среда на организма. Проявите могат да са от страна на носа - кихане, водниста секреция, запушване на носа, ларинкса - промяна в гласа, недостиг на въздух, кашлица, от бронхите - кашлица, затруднено дишане, които могат да са изолирани или съчетани. В същото време има състояния, при които има симптоми, подобни на астматичните, но които не са астма. Важно е да се постави точната диагноза: дали се касае за астма, дали има елементи от околната среда, които по специфичен начин да я предизвикват. Само на тази основа можем да осъществим съответно за всеки конкретен случай лечение и поведение.

Вашият лекар е преценил, че за изясняване на Вашия случай и за по-нататъшното Ви лечение е необходимо да постъпите в болница където ще бъдете подложен/а на диагностични и лечебни процедури съобразно Вашето заболяване в най-подходящи условия като кожно-алергични проби с алергени, провокационни проби с медиатори и алергени, електрокардиограма, изследване на дишането, различни кръвни изследвания, газов анализ на артериална кръв, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За всички допълнителни диагностични процедури ще бъдете специално информиран/а преди съгласието Ви да бъдат извършени.

По време на престоя в клиниката ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания и проблеми, които сметете за важни. Вашето лечение ще включва лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), а ако се прецени за необходимо - антибиотик, кислород и др., за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалации в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат да посещават клиниката ежедневно, но е желателно посещенията при Вас да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в клиниката и възможностите на лекуващия Ви екип.

Ние ще следим Вашето здравословно състояние в продължение на целия престой от деня, в който Ви приемем в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам/а решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след Вашето постъпване в болницата?

Лекуващият лекар ще Ви прегледа, разпита и ще назначи необходимите изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването Ви в отделението. След първоначалната оценка на състоянието Ви ще бъде назначено съответно лечение.

След първоначалната оценка при нужда ще Ви бъде назначено лечение със средства, които разширяват бронхите, кислород, противовъзпалителни препарати, както и други медикаменти според състоянието Ви. Ако състоянието Ви не се подобри, влошавате се или изпитвате дихателна умора, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при взимане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригирате лечението.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче, да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Професионалните алергични болести (алергичен ринит, хроничен алергичен ларингит, професионална астма, астматичен бронхит, хиперсензитивен пневмонит) са болести на горните дихателни пътища, бронхите и белодробния паренхим и се предизвикват от професионални алергени с растителен и животински произход, и химически вещества с ниско молекулно тегло (хаптени), които след свързване с белтъците от серума играят ролята на алергени. Някои метали (желязо, алуминий, хром, кобалт, никел, берилий и др.) също имат алергизиращ ефект. Растителни, животински, професионални алергени и химически вещества се срещат в селското стопанство, текстилната индустрия, зърнопроизводството, зърнопреработката, мелничарството, тютюнопроизводството и преработката на тютюн, в хлебопекарството и производството на хлебни изделия, в производството, преработката и пакетирането на растителни и животински продукти, при употребата на пестициди, в хранително-вкусовата промишленост, в производството на бира, малц, мая, червен пипер, корк, сирене и др., при контакт с климатични инсталации, при контакт с птици и птичи продукти, при професионален контакт с химически вещества (фармацевтична промишленост, производство, преработка и употреба на химически синтетични и несинтетични продукти), при производство и промишлена употреба на метали (кобалт, хром, никел, алуминий, берилий), производство и употреба на детергенти и повърхностно-активни субстанции, във фризьорството, козметиката, производството на дърво, дървен материал, мебели, синтетични лакове, бои и други.

Професионалните алергични болести на горни дихателни пътища (ринит, ларингит и др.) се характеризират с дразнене в гълото, дразнеща кашлица, задух при вдишване, отделяне на жилави секрети, спадане на гласа.

Професионалната бронхиална астма се характеризира с безпокойство, сърбеж, дразнеща пристъпна кашлица, стягане в гърдите, пристъпен задух с трудно издишване на въздуха, "свирене" в гърдите, нощни пристъпи, стеснение в бронхите и намаляване на основни показатели (витален капацитет (VC), форсиран експираторен обем (FEV1), форсиран витален капацитет (FVC) върхов експираторен дебит (PEF) и други показатели при функционално изследване на дишането (спирометрия).

Група органични прахове (памук, лен, коноп) причиняват директно отделяне на медиатори на алергичната реакция (напр. хистамин), водещи до възпаление и стеснение на дихателните пътища; тези състояния се включват в сборното понятие "бисиноза", което най-често се определя като "бронхиална астма" или "хроничен прахов бронхит".

Хроничното алергично професионално заболяване на белите дробове

(хиперсензитивен пневмонит или екзогенен алергичен алвеолит) в около 80% от случаите е с професионална етиология. Хиперсензитивният пневмонит представлява "група болести, характеризиращи се с дифузно увреждане на белите дробове, причинено от алергична реакция на белодробната тъкан, свързана с повтарящи се интензивни и продължителни инхалации на органичен прах". Най-разпространените видове иперсензитивния пневмонит са: фермерския бял дроб (причинен от термофилни актиномицети), белия дроб на работници в напоителни системи (гъби), белия дроб на отглеждащи гъби (*mycopolyspora faeni*), белия дроб при производители на сапун (*bacillus subtilis*), белия дроб при производители на хартия, белия дроб при производители на малц (*aspergillus clavatus*), белия дроб при обработващи дърво (*fungi*), белия дроб при производители на сирене (*penicillium*), белия дроб при отглеждащи гълъби и птици (антигени от гълъбите – от екскременти, пуха, перушината и др.), белия дроб при работещи с рибено брашно (рибено брашно), белия дроб при работещи в химическата промишленост (диизоцианати) и други. Алергологичните изследвания при алергично болни следва да се осъществяват в период на подобрение (ремисия). Лечението е кортикостероидно, бронходилататорно, муколитично и антибактериално (при добавени инфекции).

Поверителност

Поверителността на медицинската информация за Вас е осигурена и Вашето име няма да се появи в никакъв статистически отчет или доклад. Данните за здравословното Ви състояние ще са достъпни само на лекуващия Ви екип.

Информация за здравословното Ви състояние ще бъде давана само на Вашите роднини по пряка линия, освен ако Вие изрично не посочите писмено в този формуляр, че не желаете това да бъде правено.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

КП № 41 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АЛЕРГИЧНИ И ИНФЕКЦИОЗНО-АЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА

КП № 41.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АЛЕРГИЧНИ И ИНФЕКЦИОЗНО-АЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър ларингит и трахеит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

Не включва: остър обструктивен ларингит [круп] и епиглотит (J05.—)
ларингизъм (стридор) (J38.5)

J04.0 Остър ларингит

Не включва: хроничен ларингит (J37.0)
грипен ларингит, грипен вирус:
• идентифициран (J10.1)
• неидентифициран (J11.1)

J04.2 Остър ларинготрахеит

Ларинготрахеит
Трахеит (остър) с ларингит (остър)

Остър обструктивен ларингит [круп] и епиглотит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

J05.0 Остър обструктивен ларингит [круп]

Обструктивен ларингит БДУ

J05.1 Остър епиглотит

Епиглотит БДУ

Астма

Не включва: остра тежка астма (J46)
хроничен астматичен (обструктивен) бронхит (J44.—)
хронична обструктивна астма (J44.—)
еозинофилна астма (J82)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
астматичен статус (J46)

J45.0 Астма с преобладаващ алергичен компонент

Алергичен:
• бронхит БДУ
• ринит с астма
Атопична астма
Екзогенна алергична астма
Сенна хрема с астма

J45.1 Неалергична астма

Идиосинкратична астма
Ендогенна неалергична астма

J45.8 Смесена астма

Съчетание на състояния, посочени в рубриките J45.0 и J45.1

J45.9 Астма, неуточнена
Астматичен бронхит БДУ
Късно започнала астма

Хиперсензитивен пневмонит, предизвикан от органична прах

Включва: алергичен алвеолит и пневмонит, причинени от вдишване на органична прах и частици от гъби, актиномицети или частици от друг произход

Не включва: пневмонит, причинен от вдишване на химични вещества, газове, дим и пари (J68.0)

J67.2 Бял дроб на любители на птици
Болест или бял дроб на любителя на папагали
Болест или бял дроб на любителя на гълъби

J67.7 Бял дроб при контакт с климатик и овлажнители на въздуха
Алергичен алвеолит, причинен от гъбична плесен, термофилни актиномицети и други микроорганизми, размножаващи се в системите за вентилация [климатични инсталации] на въздуха

J67.8 Хиперсензитивни пневмонити, причинени от друга органична прах

Респираторни състояния, причинени от вдишване на химични вещества, газове, дим и пари

При необходимост от идентифициране на причините се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

J68.0 Бронхит и пневмонит, причинени от химични вещества, газове, дим и пари
J68.2 Възпаление на горните дихателни пътища, причинено от химични вещества, газове, дим и пари, неклассифицирано другаде
J68.3 Други остри и подостри респираторни състояния, причинени от химични вещества, газове, дим и пари

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти

J70.4 Белодробни интерстициални нарушения, причинени от лекарствени средства
J70.8 Респираторни състояния, причинени от други уточнени външни агенти

Други респираторни болести, увреждащи главно интерстициалната тъкан

J82 Белодробна еозинофилия, неклассирана другаде

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друго измерване на дихателна функция

11503-17 Инхалаторно провокационно тестване
Включва: създаване на крива за отговор на доза пост бронходилататорна спирометрия пред провокационна спирометрия
използване на:
• холин
• хистамин
• неизотонични течности
• сензитизащи агенти

11500-00 Бронхоспирометрия

Рентгенография на глава и шия

57903-00 Рентгенография на параназален синус

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])

Други диагностични тестове на ухо, нос, уста и гърло, измервания или изследвания

92026-00 Назално функционално изследване
 Риноманометрия

Кожно-алергични тестове за чувствителност

12015-00 Епикутанно кожно алергично тестване с ползване на всички алергени в стандартен набор тестове

Не включва: тези с допълнителни алергени (12018-00, 12021-00 [1865])

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Процедури за изследване на ларинкса

41849-00 Ларингоскопия
 Директна ларингоскопия

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1927 Морфологични изследвания

91929-05 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за клетъчен блок

1926 Микробиологични изследвания

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

1930 Имунологични изследвания	
91904-11	Доказване на биомаркери на алергично възпаление
91924-11	Определяне на специфични IgE антитела срещу алергени
1923 Хематологични изследвания	
Включва задължително хематологични изследвания – общи или специфични Ig E (по преценка), хемоглобин, хематокрит, левкоцити, ДКК;	
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
91924-00	Определяне на общи IgE
или	
91924-11	Определяне на специфични IgE антитела срещу алергени
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
Имунизация	
92179-00	Имунизация при алергия
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент - противоиноктиозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, от които задължително едната е хематологично изследване, едната от които задължително включва - 91910-04, 91910-05. Изследването на общи и специфични Ig E - 91924-00 и/или 91924-11 е по преценка и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. При деца под 7 години изследването 11500-00 Бронхоспирометрия /Включва: газов анализ/ е по преценка на лекуващия лекар.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

1. 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 детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по алергология или Клиника/отделение по педиатрия
2. ОАИЛ/КАИЛ
3 Клинична лаборатория II ниво на компетентност с възможност за КГА
4. Рентгенов апарат за скопия и графия

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника по детска пневмология и фтизиатрия - четирима лекари със специалност по детска пневмология и фтизиатрия
или
- в клиника по алергология III ниво на компетентност - двама лекари със специалност по алергология; в отделение по алергология - един лекар със специалност по алергология
или
- в клиника/отделение по педиатрия II ниво на компетентност - четирима лекари със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При деца с диагнози J04.0 Остър ларингит, J04.2 Остър ларинготрахеит, J05 Остър обструктивен ларингит [круп] и J05.1 Остър епиглотит се изисква консултация със специалист по УНГ по преценка.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Деца до 18 години с клинични данни за дихателни проблеми, причинени от контакт с екзогенни вещества по алергичен или иритативен механизъм, както и инфекции на горните дихателни пътища.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При постъпване в болница за диагностика на алергично и/или инфекциозно - алергично заболяване на горни и долни дихателни пътища, първоначално се извършват диагностични процедури.

При установяване на генезата е уместно започването на лечение с алергенни ваксини.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Анамнестичните данни за контакт с екзогенни субстанции насочват към диагнозата. Епикутанните, интрадермалните и Prick- кожни проби подпомагат диагнозата.

В някои случаи се налагат провокационни проби с екзогенни субстанции.

При негативни резултати се търсят други причини – инфекциозни, паразитни, автоимунни, неопластични болести.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

1. диагностицирано или отхвърлено професионално и/или алергично заболяване на горни и долни дихателни пътища;

2. стабилизирането на състоянието;

3. липсата на органно засягане.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

След изписването пациентът се наблюдава от личен лекар и при нужда се осъществява консултация със специалист – педиатър.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Уважаеми Родители,

Вашето дете е с инфекциозно – алергично заболяване на белодробната система.

Вашият лекар е преценил, че за подобряване състоянието и изследване на Вашето дете, е необходимо да постъпи в болница. Престоят ще продължи до стабилизиране на неговото състояние. Ще му бъдат извършени различни изследвания, включително и функционално изследване на дишането, кръвно – газов анализ, биохимично изследване на кръв, микробиологични, рентгенови, както и всички други изследвания, при необходимост. Лечението ще включва: кортикостероиди, антибиотици, кислородолечение, както и други терапевтични средства, за които ще бъдете информирани и ще бъде взето Вашето съгласие да бъдат извършени.

Детето Ви може да се посещава само от двамата родители, които имат право на цялата информация за здравословното му състояние. При наличие на развод, сведение получава само родителят, който има юридически права за грижи над детето.

При дете, чиито родители нямат сключен брак, правата върху детето се установяват с едновременно писмено съгласие и паспортни данни за родителите, отразено в История на заболяването.

Родителите могат да посещават детето си само в определените за свиждане дни и часове.

Сведения за състоянието на Вашето дете можете да получите само от лекуващия лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на детето Ви в продължение на целия престой - от деня на приемането до деня на изписване от клиниката. След подобряване на състоянието му, то ще бъде изписано.

Ако Вие пожелаете, детето да бъде изписано преди приключване на необходимия за лечението срок, е необходимо да заявите това писмено в История на заболяването, с което снемате отговорността от лекуващия лекарски екип.

КП № 42 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГНОЙНО-ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА БРОНХО-БЕЛОДРОБНАТА СИСТЕМА

КП № 42.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГНОЙНО-ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА БРОНХО-БЕЛОДРОБНАТА СИСТЕМА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 6 дни

Минимален болничен престой при J85.0, J85.1 и J85.2 - 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

J47 Бронхиектатична болест

Бронхиолектазии

Не включва: вродени бронхоектазии (Q33.4)
туберкулозни бронхоектазии (активни) (A15—A16)

Абсцес на белия дроб и медиастина

J85.0 Гангрена и некроза на белия дроб

J85.1 Абсцес на белия дроб с пневмония

Не включва: с пневмония, предизвикана от неуточнен причинител (J10—J16)

J85.2 Абсцес на белия дроб без пневмония

Абсцес на белия дроб БДУ

Други болести на плеврата

J90 Плеврален излив, неклафициран другаде

Вродени аномалии на белия дроб

Q33.0 Вродена белодробна кистоза

Вроден(-а):

- бял дроб тип “въсърна пита”
- белодробна болест:
 - кистозна
 - поликистозна

Не включва: кистозна белодробна болест, придобита или неуточнена (J98.4)

Q33.1 Добавъчен лоб на белия дроб

Q33.2 Секвестрация на белия дроб

Q33.3 Агенезия на белия дроб

Липса на бял дроб (белодробен лоб)

Q33.4 Вродена бронхоектазия

Q33.5 Ектопична тъкан в белия дроб

Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб

Не включва: белодробна хипоплазия, свързана с недоносеност (P28.0)

Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб

Q33.9 Вродена аномалия на белия дроб, неуточнена

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Процедури за изследване на бронх	
41898-00	Фиброоптична бронхоскопия
41889-00	Бронхоскопия
Компютърна томография на гръден кош	
56301-00	Компютърна томография на гръден кош
56307-00	Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст
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])
1849	Друго измерване на дихателна функция
11503-12	Измерване на тотален белодробен капацитет Измерване на абсолютен белодробен обем
11506-00	Други изследвания на дихателна функция Дихателен функционален тест } Спирометрия
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
1930	Имунологични изследвания
91924-11	Определяне на специфични IgE антитела срещу алергени
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания	
92184-02	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1923 Хематологични изследвания	
Включва както при пневмония	
хематологични изследвания – суе, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, левкограма	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
92044-00	Друго кислородно обогатяване
Приложение на фармакотерапия	
подкожна инжекция или инфузия с местно или общо действие интрамускулна инжекция или инфузия с местно или общо действие интравенозна инжекция или инфузия с местно или общо действие	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични - 58500-00, 92184-02 и хематологични (91910-04, 91910-05, 91910-07) и две основни терапевтични процедури, едната от които задължително 96199-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

При спешен прием се прави рентгенография (процедура с код 58500-00, направена до 72 часа преди хоспитализацията.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност.

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Рентгенов апарат за скопия и графия Отделение по образна диагностика
3. Лаборатория за ФИД (спирометрия)
4. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
5. Легла за интензивно лечение в отделение /к-ката

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия II ниво на компетентност –двама лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия

или в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво - при наличност на лекар със специалност пневмология и фтизиатрия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

Диагностика и лечение на пациенти с гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при:

1. всички остри състояния J85.0, J85.1, J85.2;

2. масивен плеврален излив с необходимост от спешна пункция;

3. масивно кръвохрачене - R04;

4. гнойно-възпалителни процеси на бронхо-белодробната система, съпроводени с друга хронична белодробна патология, хронична застойна сърдечна недостатъчност, захарен диабет, ХБН, хронична чернодробна недостатъчност, данни за извънбелодробно ангажиране от болестта;

5. клинични и параклинични данни за влошаване на обективната находка въпреки провежданото амбулаторно лечение по искане на лекаря специалист, водещ диспансерното наблюдение.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Медико-диагностичните изследвания (вкл. КГА) се извършват до 24 часа от приемането. Контролна рентгенография, се извършва задължително при изписване от болницата.

Началната антибактериална терапия при болните с гнойни белодробни болести е емпирична, широкоспектърна, съобразена със смесената флора, предизвикваща заболяването.

Флората при гнойните белодробни болести най-често е смесена. Причинители могат да бъдат Грам +/- аероби – *Streptococcus piogenes*, други стрептококи, *Staphylococcus aureus*, Грам -/- бактерии – *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Proteus* и др. Анаеробните бактерии са често присъствие при гнойните белодробни болести – *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Fusobacterium nucleatum*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides fragilis* и др.

Присъствието най-често на смесена флора предполага началното антибактериално лечение да е комбинирано. В клиничната практика ефективност са доказали следните комбинации:

Бета-лактам + бета-лактамазен инхибитор + антианаеробен химиотерапевтик / антибиотик i.v.

Цефалоспорин II - III-та генерация + антианаеробен химиотерапевтик/антибиотик i.v.

Респираторен хинолон + Penicillin

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на клиничната картина, характерен рентгенов или КТ-образ и/или ендоскопска диагноза, при изключване на други диагнози.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

1. овладяване на възпалителния процес или усложненията;
2. преценка на контролните лабораторни, рентгенови и микробиологични изследвания - ПКК + ДБ, контролна рентгенография (задължителна само за кодове J85.0 J85.1 J85.2, J90), резултат от посевка за микробна флора.

С оглед характера и тежестта на гнойните белодробни болести при бронхиектазна болест минималното по продължителност антибактериално лечение е препоръчително да е 6 дни, а при остър белодробен абсцес и гангрена – се определя индивидуално от динамиката на рентгеновата и микробиологичната находки.

При острия белодробен абсцес (гангрена) е препоръчително да се направи контролна рентгенография 30 дни след изписване с оглед преценка хода на оздравителния процес или очертана тенденция за хронифициране.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**(относно диагностично-терапевтични процедури, необходими за гнойните заболявания на белия дроб)**

Вие имате право да бъдете подробно информиран за заболяването си и неговата фаза.

Вие ще бъдете информиран за всички необходими изследвания, уточняващи Вашата точна диагноза, за рисковете, които те крият и начина, по който се извършват.

Вие трябва да бъдете подробно запознат с начините на лечение на заболяването Ви, както и за всички възможни вредни последици от прилагането на медикаментозно лечение.

Всички изброени по-горе разяснения нямат за цел да Ви обезпокоят. Те целят Вашата пълна информираност, за да можете да вземете решение дали да приемете предложените диагностични и лечебни методи. Правата на пациентите в Република България съгласно действащото в страната законодателство Ви гарантират следните възможности:

- Право на достъп до медицинска помощ.
- Пълна информация.
- Право на съгласие\право на самоопределяне, право на автономия.
- Право на тайна, и др.

Вие сте с гнойно – възпалително заболяване на белодробната система.

Ще Ви бъдат извършени различни изследвания, включително и функционално изследване на дишането, кръвно – газов анализ, биохимично изследване на кръв, микробиологични, рентгенови, както и всички други изследвания, при необходимост.

Лечението ще включва: кортикостероиди, антибиотици, кислородолечение, както и други терапевтични средства, за които ще бъдете информирани и ще бъде взето Вашето съгласие да бъдат извършени.

Молим Ви да прочетете внимателно написания по-долу текст и при съгласие да подпишете.

Д-р....., като мой лекуващ лекар и екипът на съответното звено да поемат грижите и лечението на моето заболяване, обяснено ми като.....

Беше ми обяснено, че в диагностичното уточняване и лечение на моето заболяване са предвидени следните процедури

.....
..... Приемам ги и потвърждавам писмено това.

Уведомен/а съм, че в хода на диагностично-лечебния процес моят лекуващ лекар може да открие други, различни от заболяването ми, нарушения в здравето. Ако последните изискват други, различни от планираните методи, то аз упълномощавам моя лекуващ лекар и екипа, в който работи, да ги извършат.

Съгласен/а съм (не съм съгласен/а) да бъдат използвани кръв и кръвни продукти в моето лечение.

Наясно съм, че не мога да получа пълни гаранции за резултата от лечението.

Наясно съм, че при неприлагане на необходимото лечение съществуват сериозни рискове за моето здраве.

Обяснено ми е, че съществува вероятност при диагностично-терапевтичните процедури да се получат усложнения.

Съгласен съм да бъдат извършени всички необходими изследвания и процедури за установяване на причините при евентуален неблагоприятен изход от заболяването.

Обяснено ми е, че в хода на диагностичния процес може да се наложи извършване на фибробронхоскопия с цел диагноза и лечение – добиване на секрети за микробиологична диагноза, отстраняване на гнойни секрети и колекции.

Обяснена ми е необходимостта да се провежда при необходимост продължително антибиотично лечение, въведено по венозен път.

Предоставена ми беше възможност да задавам въпроси относно рисковете и опасностите, свързани с процедурите (диагностични и лечебни), които ще ми бъдат прилагани. Считам, че съм получил достатъчно информация, за да дам съгласие за използването им.

Декларирам, че настоящият формуляр ми бе разяснен, прочел съм го и съм наясно със съдържанието му.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип.

Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

КП № 42 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГНОЙНО-ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА БРОНХО-БЕЛОДРОБНАТА СИСТЕМА

КП № 42.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГНОЙНО-ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА БРОНХО-БЕЛОДРОБНАТА СИСТЕМА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

- J47 Бронхиектатична болест**
Бронхиолектазии
Не включва: вродени бронхоектазии (Q33.4)
 туберкулозни бронхоектазии (активни) (A15—A16)
- Абсцес на белия дроб и медиастиnum**
- J85.0 Гангрена и некроза на белия дроб**
- J85.1 Абсцес на белия дроб с пневмония**
Не включва: с пневмония, предизвикана от неуточнен причинител (J10—J16)
- J85.2 Абсцес на белия дроб без пневмония**
Абсцес на белия дроб БДУ
- J90 Плеврален излив, некласифициран другаде**
Плеврит с излив
Не включва: хилозен (плеврален) излив (J94.0)
 плеврит БДУ (R09.1)
 туберкулозен (A15—A16)
- Вродени аномалии на белия дроб**
- Q33.0 Вродена белодробна кистоза**
Вроден(-а):
- бял дроб тип “въсърчна пита”
 - белодробна болест:
 - кистозна
 - поликистозна
- Не включва:* кистозна белодробна болест, придобита или неуточнена (J98.4)
- Q33.1 Добавъчен лоб на белия дроб**
- Q33.2 Секвестрация на белия дроб**
- Q33.3 Агенезия на белия дроб**
Липса на бял дроб (белодробен лоб)
- Q33.4 Вродена бронхиектазия**
- Q33.5 Ектопична тъкан в белия дроб**
- Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб**
Не включва: белодробна хипоплазия, свързана с недоносеност (P28.0)
- Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб**
- Q33.9 Вродена аномалия на белия дроб, неуточнена**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за изследване на бронх

41898-00 Фиброоптична бронхоскопия

Не включва: такава с:

- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

41889-00 Бронхоскопия

Не включва: такава с:

- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
 - и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

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])

1849 Друго измерване на дихателна функция

11503-12 Измерване на тотален белодробен капацитет

Измерване на абсолютен белодробен обем

11506-00 Други изследвания на дихателна функция

Дихателен функционален тест }

Спирометрия

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
1930	Имунологични изследвания
91924-11	Определяне на специфични IgE антитела срещу алергени
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропуски кода
1926	Микробиологични изследвания
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
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1923	Хематологични изследвания
Включва както при пневмония хематологични изследвания – суе, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, левкограма	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
92044-00 V 1615	Друго кислородно обогатяване Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори <i>Не включва:</i> хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

подкожна инжекция или инфузия с местно или общо действие
интрамускулна инжекция или инфузия с местно или общо действие
интравенозна инжекция или инфузия с местно или общо действие

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две диагностични процедури, от които едната задължително е: 41898-00 или 58500-00 или 56301-00; и две основни терапевтични процедури (задължително 96199-02, 96199-09, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**).

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочения медицински стандарт „Педиатрия”.

1. 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 по Детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия
2. Рентгенов апарат за скопия и графия
3. Клинична лаборатория II - III ниво с възможност за КГА
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия)

2. 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. Имунологична лаборатория
2. КТ или МРТ с осигурено обслужване 24 часа в денонощието, вкл. и при спешни състояния
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- в клиника по детска пневмология и фтизиатрия III ниво - четирима лекари със специалност по детска пневмология и фтизиатрия
или
- в клиника/отделение по педиатрия III ниво на компетентност - четирима лекари със специалност, ако в отделението/клиниката работи специалист по детска пневмология и фтизиатрия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

Диагностика и лечение на пациенти с гнойно-възпалителни заболявания на бронхо-белодробната система при:

1. всички остри състояния J85.0, J85.1, J85.2;
2. масивен плеврален излив с необходимост от спешна пункция;
3. масивно кръвохрачене - R04;
4. гнойно-възпалителни процеси на бронхо-белодробната система, съпроводени с друга хронична белодробна патология, хронична застойна сърдечна недостатъчност, захарен диабет, ХБН, хронична чернодробна недостатъчност, данни за извънбелодробно ангажиране от болестта;
5. клинични данни за токсинфекциозен синдром при лица под 18 години;

6. клинични и параклинични данни за влошаване на обективната находка въпреки провежданото амбулаторно лечение по искане на лекаря специалист, водещ диспансерното наблюдение.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 24 часа от приемането.

Спирометрия – при приемането (за възраст над 8 години и когато състоянието на болния позволява) и преди дехоспитализацията.

Фибробронхоскопия – в рамките на болничния престой, при необходимост.

Назначените от лечебното заведение образни изследвания (рентгенография или КАТ) трябва да се извършват в рамките на болничния престой.

Други изследвания – в рамките на болничния престой.

Началната антибактериална терапия при болните с гноини белодробни болести е емпирична, широкоспектрна, съобразена със смесената флора, предизвикваща заболяването.

Флората при гноините белодробни болести най-често е смесена. Причинители могат да бъдат Грам +/- аероби – *Streptococcus piogenes*, други стрептококи, *Staphylococcus aureus*, Грам -/- бактерии – *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*, *Serratia*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Proteus* и др. Анаеробните бактерии са често присъствие при гноините белодробни болести – *Prevotella*, *Porphyromonas*, *Fusobacterium nucleatum*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides fragilis* и др.

Присъствието най-често на смесена флора предполага началното лечение да е комбинирано антибактериално. В клиничната практика ефективност са доказали следните комбинации:

1. Бета-лактам + бета-лактамазен инхибитор + антианаеробен химиотерапевтик/антибиотик i.v.
2. Цефалоспорин втора/трета генерация + антианаеробен химиотерапевтик/антибиотик i.v.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на клиничната картина, характерен рентгенов и КТ-образ и/или ендоскопска диагноза, при изключване на други диагнози.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

1. овладяване на възпалителния процес или усложненията;
2. преценка на контролните лабораторни, рентгенови и микробиологични изследвания - ПКК + ДБ, контролна рентгенография (задължителна само за кодове J85.0 J85.1 J85.2, J90), резултат от посевка за микробна флора.

С оглед характера и тежестта на гнойните белодробни болести при бронхиектазна болест минималното по продължителност антибактериално лечение е препоръчително да е 15 дни, а при остър белодробен абсцес и гангрена – 20 дни, като при затегнати случаи и усложнения – 30 дни.

При острия белодробен абсцес (гангрена) е препоръчително да се направи контролна рентгенография 30 дни след изписване с оглед преценка хода на оздравителния процес или очертана тенденция за хронифициране.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Уважаеми Родители,

Вашето дете е с гнойно – възпалително заболяване на белодробната система.

Вашият лекар е преценил, че за подобряване състоянието и изследване на Вашето дете е необходимо то да постъпи в болница. Престоят ще продължи до стабилизиране на неговото състояние.

Ще му бъдат извършени различни изследвания, включително и функционално изследване на дишането, кръвно – газов анализ, биохимично изследване на кръв, микробиологични, рентгенови, както и всички други изследвания при необходимост.

Лечението ще включва: кортикостероиди, антибиотици, кислородолечение, както и други терапевтични средства, за които ще бъдете информирани и ще бъде взето Вашето съгласие да бъдат извършени.

Детето Ви може да се посещава само от двамата родители, които имат право на цялата информация за здравословното му състояние. При наличие на развод, сведение получава само родителят, който има юридически права за грижи над детето.

При дете, чиито родители нямат сключен брак, правата върху детето се установяват с едновременно писмено съгласие и паспортни данни за родителите, отразено в История на заболяването.

Родителите могат да посещават детето си само в определените за свиждане дни и часове.

Сведения за състоянието на Вашето дете можете да получите само от лекуващия лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на детето Ви в продължение на целия престой - от деня на приемането до деня на изписването му от клиниката. След подобряване на състоянието му, то ще бъде изписано.

Ако Вие пожелаете детето да бъде изписано преди приключване на необходимия за лечението срок, е необходимо да заявите това писмено в История на заболяването, с което снемате отговорността от лекуващия лекарски екип.

КП № 43 БРОНХОСКОПСКИ ПРОЦЕДУРИ С НЕГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ В ПУЛМОЛОГИЯТА

Минимален болничен престой - 48 часа

Минимален болничен престой при лица под 18 години – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Процедури за изследване на бронх	
41889-01	Бронхоскопия през изкуствена стома <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none">• биопсия (41892-00 [544])• дилатация (41904-00 [546])• екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])
41889-00	Бронхоскопия <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none">• биопсия (41892-00 [544])• дилатация (41904-00 [546])• екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])
Бронхоскопия с биопсия или отстраняване на чуждо тяло	
41898-01	Фиброоптична бронхоскопия с биопсия <i>Включва:</i> флуороскопски увод лаваж: <ul style="list-style-type: none">• бронхиален• бронхо-алвеоларен трансбронхиална белодробна биопсия лаваж с цел събиране материал за изследване
41892-00	Бронхоскопия с биопсия
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	Рентгенография на гръден кош <i>Включва:</i> бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум <i>Не включва:</i> такава на: <ul style="list-style-type: none">• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])• гръдна кост (58521-00 [1972])• гръден вход (58509-00 [1974])• трахея (58509-00 [1974])
Ултразвук на други места	
55812-00	Ултразвук на гръден кош или коремна стена
11506-00	Други изследвания на дихателна функция Дихателен функционален тест } Спирометрия } БДУ

Друга електрокардиография [ЕКГ]

- 11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

- 13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1926 Микробиологични изследвания

- 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

- 92184-05 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за клетъчен блок

1923 Хематологични изследвания

Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания:
Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, ДКК, тромбоцити, протромбиново време, INR, фибриноген;

- 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-08 Изследване на време на кръвене
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген

1934 Други лабораторни изследвания

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

- 96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [АСВТ]

- техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:
- перкусия
 - разклащане

Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията

Приложение на фармакотерапия

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

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължително хематологични изследвания (91910-04,91910-07, 91910-05, 91910-08, 91910-09, 91910-10, 91910-11) и 41898-01 и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Процедура 92184-02 и/или 92184-05 задължително се отчита допълнително при вземане на материал за микробиологично, хистологично или цитологично изследване.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ, като се запише от лекуващия лекар и къде точно ще се предоставят документите.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Гръдна хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гръдна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Лечебното заведение следва да има има назначени на основен трудов договор специалистите, посочени в КП, като специалистът, притежаващ свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия", отговаря на изискването за извършени рутинно 100 бронхоскопии годишно, документиран с работен журнал или описателни фишове.

1. 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 извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК

Задължително звено
1. Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по гръдна хирургия или Детска хирургия
2. Бронхологично отделение/кабинет
3. КАИЛ/ОАИЛ – само за лечение на пациенти на възраст под 18 години
4. Клинична лаборатория с възможност за КГА
5. Отделение/кабинет по образна диагностика
6. Лаборатория за ФИД (спирометрия).

2. 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. Отделение/Лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- двама лекари със специалност пневмология и фтизиатрия, единият от които притежава свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия" и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии годишно, документиран с работен журнал или описателни фишове

или

лекар със специалност гръдна хирургия, притежаващ свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия" и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии годишно, документиран с работен журнал или описателни фишове;

или

лекар със специалност по детска пневмология и фтизиатрия, притежаващ свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия" и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии годишно, документиран с работен журнал или описателни фишове при лица до 18 годишна възраст;

или

двама лекари, които притежават призната медицинска специалност по детска хирургия или единият от тях е с призната медицинска специалност по детска хирургия, а другият с призната специалност по обща хирургия. Най-малко един от тях трябва да притежава сертификат за лапароскопия и един за торакоскопия.

- лекар със специалност анестезиология и интензивно лечение (само за лечение на лица до 18 годишна възраст)
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

1. Спешна диагностика и лечение чрез ендоскопски процедури при пациенти със:

- 1.1. кървене от долни дихателни пътища (ДДП) - повече от 100 мл за 24 часа;
- 1.2. хиповентилация или ателектаза на белия дроб с развитие на дихателна недостатъчност;
- 1.3. обективни данни за травматична лезия на трахея и/или бронхи.

2. Диагностично уточняване, определяне на терапевтично поведение и лечение на пациенти със:

- 2.1. симптоми от страна на трахея, бронхи, бял дроб, плевра, хранопровод и медиастинални лимфни възли, като: дисфония, задух, кашлица, кръвохрак - под 100 мл за 24 часа, слюзна/слюзно-гнойна експекторация, дисфагия, анемичен синдром, загуба на телесна маса, неясно фебрилно състояние;
- 2.2. специфично и неспецифично заболяване на бронхо-белодробната система;
- 2.3. бронхообструктивно заболяване в стадий на екзацербация;
- 2.4. заболявания, свързани с имунния механизъм;
- 2.5. болести на бронхо-белодробната система, причинени от външни агенти;
- 2.6. други интерстициални и редки белодробни болести;
- 2.7. вродени аномалии на бронхо-белодробната система;
- 2.8. травми и изгаряния на дихателните пътища;
- 2.9. ендоскопско въвеждане на лекарствени средства;
- 2.10. за предоперативна подготовка при заболявания на бронхо-белодробната система;
- 2.11. следоперативно ендоскопско лечение на рецидиви, фистули, ателектази и др.;
- 2.12. рентгенологично верифициран плеврален излив..

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за клинично-лабораторни изследвания се извършва до 24 часа от приемането.

Процедурите с биопсия се извършват в рамките на болничния престой.

Назначените от лечебното заведение образни изследвания трябва да се извършат в рамките на болничния престой.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ДИАГНОСТИЧНА БРОНХОСКОПИЯ:

- анамнеза за аспирация на чуждо тяло;
- кръвохрачене;
- кашлица с неясен произход;
- немотивиран задух – неповлияващ се от адекватна дезобструктивна терапия;
- рентгенови промени в белите дробове (кръгли сенки, хилусни засенчвания, ателектаза, рецидивиращи инфилтрати, дисеминирани сенки, плеврални изливи),
- парализа на гласна връзка, диафрагма;
- съмнение за злокачествени или доброкачествени тумори на бронхобелодробната система;
- съмнение или наличие на ТБК в храчките;
- трудна конвенционална интубация;
- травми и изгаряния на дихателните пътища от инхалирани вредности, респираторни нарушения от медицински процедури.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ТЕРАПЕВТИЧНА БРОНХОСКОПИЯ - провежда се при:

- запушване на трахеобронхиалното дърво и белия дроб от секрети – за аспирация и лаваж;
- възпалителни заболявания на белия дроб и инхалиране на вредни агенти – аспирация и вливане на лекарствени вещества;
- кървене от долни дихателни пътища (ДДП) - масивното кръвохрачене е показание за бронхологично изследване с цел спешно определяне терапевтично поведение и е показателно, ако се извърши до 48 ч. от началото на кървенето.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ЗА:

А. Бронхоскопия

Абсолютни:

1. Новопоявило се ритъмно-проводно нарушение.
2. Екстремна хипоксемия, некомпенсирана от подаден с катетър/маска кислород.
3. Остър миокарден инфаркт.
4. Хипертонична криза.

Относителни:

1. Тежка кифосколиоза.

2. Психични отклонения.
3. Нарушения в коагулационния статус.
4. Невъзможност за отваряне на устата.

За осъществяване на бронхологични изследвания при деца може да се използва обща или топикална анестезия в зависимост от възрастта.

Усложнения

А. при бронхоскопия:

1. Лекарствена реакция – от премедикацията и/или анестезията.
2. Ларингоспазъм.
3. Конвулсивна кашлица, въпреки анестезията.
4. Бронхоспазъм.
5. Температура – над 37,5 С°.
6. Инфекция.
7. Хипоксемия /Хиперкапния.
8. Хеморагия.
9. Пневмомедиастинум.
10. Пневмоторакс.
11. Въздушна емболия.
12. Подкожен емфизем.
13. Лезия на трахея или бронх.

Медикаментозно лечение:

Включва при нужда лечение на основното заболяване и/или корекция на жизнено важни функции, според препоръките за стандартизирано поведение на българското дружество по белодробни болести и добрата медицинска практика: лечение с антибиотици, секретолитици, бронходилататори, кръвоспиращи, обезболяващи, водно-солеви разтвори, електролитни разтвори, биопродукти (при нужда) и др.

Оперативно лечение:

Обсъжда се, когато не могат да се овладеят възникнали усложнения от ендоскопското изследване и лечение, напр. травматична лезия на дихателните пътища или ендоскопски неовладяващо се кървене от тях.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след диагностична процедура, при налично микробиологично, биохимично и/или цитоморфологично изследване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

1. осигуряване на точна диагноза;
2. проведено лечение на основното заболяване с документирано подобряване на установени отклонения в жизненоважни функции и/или усложнения.

Довършване на лечебния процес и проследяване

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението (посочено в епикризата);
- рехабилитация в болнични или домашни условия;
- амбулаторно наблюдение/диспансеризация.

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредбата за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Диагностично-терапевтични процедури в пулмологията с неголям обем и сложност включват методи за диагностика и лечение на редица заболявания на бронхобелодробната система, плеврата, гръдната стена и/или средостение (лимфни възли, хранопровод и др.). Преди изследването лекуващия лекар и лекаря-бронхолог ще разговарят с Вас, относно необходимостта на провеждането на такова изследване и възможностите то да допринесе за точната диагноза и своевременно лечение на вашето състояние. Вие ще бъдете информирани за най-честите рискове при заплануваната процедура намеса.

Защо се налага това изследване?

- **За да се постави диагноза** – диагностичните техники с малък и среден обем на сложност се налагат, тъй като често видът на някои заболявания се установява едва след взимане на биопсия от патологичното огнище, като материалът се изследва микроскопско.

- **За ограничаване и/или отстраняване на причината за заболяването** – често успоредно с извършване на диагностичните процедури с малък и среден обем на сложност при вродени и придобити заболявания на белия дроб, средостението и плеврата се налага да се започне и оптимално лечение (медикаментозното и/или ендоскопско).

Видове диагностично-терапевтични методи:

Бронхоскопски - флексибилна бронхоскопия (ФБС) – апаратът е флексибилен (огъваем), с външен диаметър от 3,2 до 6,5 мм. Може да премине през устата или през носа, в зависимост от целта на изследването, под локална (местна) или обща анестезия.

Начин на упояване (анестезия):

Бронхологично изследване и лечение с локална анестезия – лекарството за локална (местна) анестезия се накапва и/или впръсква последователно в ноздрите и устна кухина със специален крайник докато се появи чувство на изтръпване на устни и език. Следва накапване на анестетика върху гласните връзки и в трахея – усеща се изтръпване на гърлото и затруднено гълтане. След анестезията може да се проведе изследване, като Вие няма да губите съзнание. Около 2 часа след завършване на бронхоскопията не можете да приемате все още храна, течности и медикаменти през устата, тъй като продължава действието на анестетика.

Бронхологично изследване и лечение под пълна упойка (обща анестезия)

Особеностите на този вид анестезия може да научите от лекаря-анестезиолог. За Вас е важно, че няма да усещате манипулацията, като рисковете от този вид анестезия могат да бъдат по-големи.

Преди бронхоскопията се поставят медикаменти, подпомагащи извършването на изследването – нарича се ПРЕМЕДИКАЦИЯ.

По време на изследването се извършва контрол (мониториране) на пулса, артериалното налягане, кислородното насищане в кръвта Ви (SAT%).

Опасности при Бронхологично изследване и лечение:

Рискът при тази лекарска намеса зависи, както от опитността на екипа, така и от общото състояние на организма Ви и степента на увреждането му. За да открием източниците на опасност навреме е необходимо да уведомите лекуващия си лекар за прекарани в миналото заболявания, както и за инциденти при подобни предходни изследвания.

Възможни инциденти по време на бронхоскопията и след нея:

Въпреки пределната концентрация на екипа по време на изследването може да се стигне до инциденти, които най-често се откриват и отстраняват веднага. Това са:

- Повишаване на артериалното налягане, което да предизвика кървене, изискващо непосредствена аспирация. Може да се наложи интубация с ригиден бронхоскоп или интубационна тръба, за да се овладее кървенето. Изключително рядко, при невъзможност да се спре по ендоскопски път кървенето, се налага оперативна намеса за лигиране (връзване) на кървящия кръвоносен съд или отстраняване на кървящия сегмент или дял от дроба. Може да се наложи преливане на кръв или кръвозаместващи течности.

- Може да се наранят съседни органи (напр. кръвоносни съдове, нерви, хранопровод) при извършване на бронхологични процедури, ако патологичния процес е в непосредствена близост до тях и/или ги обхваща. Рискът се повишава при предхождащи операции на гръдната клетка, сложни анатомични съотношения, вродени малформации, при обширни възпалителни промени или тежки сраствания.

- Рядко може да се травмирят лигавицата на носа и гласни връзки от неизбежния натиск по време на изследването с бронхоскопа. Те се появяват най-често веднага след изследването и обикновено отзвучават без да се взимат медикаменти от няколко часа до ден след бронхоскопията.

- Може да възникнат пристъпи на задых или спастична кашлица по време на изследването. Преодоляват се с допълнителна локална анестезия и подаване на кислород с маска или катетър.

- Когато при различни бронхологични манипулации попадне въздух в гръдната кухина се образува пневмоторакс. Това може да затрудни кръвообращението и дишането Ви. Лечението е да се постави специален пластмасов (дренажен) катетър в гръдната половина, където е възникнал пневмоторакса и се включи на аспирация за няколко дни.

- Ако влезе въздух в кръвоносен съд при извършване на бронхологична манипулация може да възникне въздушна емболия; изразяваща се по-специално с изтръпване на кожата и болки в раменете, които по правило изчезват след няколко часа. Тя се лекува чрез поставяне в специално положение - Тренделенбург.

Всички усложнения, макар и много рядко, могат да наложат приемане в спешно и интензивно клиника/отделение/сектор, където да се извършват реанимационни грижи.

Поинтересувайте се след изследването, преди напускане на кабинета/отделението/клиниката за:

Кога е възможно да се пият течности и да се поема храна?

Трябва ли да се пият нови лекарства? Какви и колко време?

Колко време трябва да почивате (да лежите) след манипулацията?

Трябва ли да се промени начинът Ви на живот?

Откога можете да започнете отново работа/училище?

Необходими ли са контролни прегледи и кога?

В следващите три дни след изписването, ако не сте настанени в друго лечебно заведение и получите задух, кръвохрачене, болки в гърдите веднага се явете на контролен преглед при лекуващия Ви лекар.

КП № 44 ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ В ПУЛМОЛОГИЯТА

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО

ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДИАГНОСТИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ

Бронхоскопия с биопсия или отстраняване на чуждо тяло

41898-01 Фиброоптична бронхоскопия с биопсия

Процедури за изследване на бронх

41889-00 Бронхоскопия

Не включва: такава с:

- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

Бронхоскопия с биопсия или отстраняване на чуждо тяло

41892-00 Бронхоскопия с биопсия

Биопсия на бял дроб или плевра

38812-00 Перкутанна иглена биопсия на бял дроб

Пневмоцентеза

Пункция на бял дроб

Не включва: ендоскопска биопсия на бял дроб (41892-00, 41898-01 [544])

38812-01 Затворена (транскутанна) (иглена) биопсия на медиастина - true cut биопсия

Бронхоскопия с биопсия или отстраняване на чуждо тяло

41898-01 Фиброоптична бронхоскопия с биопсия

41896-00 Автофлуоресцентна бронхоскопия

41896-01 Електро-навигационна бронхоскопия

559 Процедури за изследване на гръдна стена, медиастиnum или диафрагма

38436-00 Торакоскопия

Включва: биопсия

38437-00 Трансторакална иглена биопсия на гръдната стена под образен контрол - true cut биопсия

ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ

Други ексцизионни процедури на бронх

41892-01 Бронхоскопия с ексцизия на лезия

Не включва: ендоскопска ексцизия на бронхиална лезия с лазер (41901-00 [545])

Процедури за поставяне, прилагане или отстраняване върху трахея	
41905-00	Поставяне на трахеален стент <i>Не включва:</i> при подмяна (41905-01 [533])
41905-01	Подмяна на трахеален стент
Възстановителни процедури на бронхи	
41905-04	Поставяне на ендобронхиален стент <i>Не включва:</i> при подмяна (41905-05 [546])
41905-05	Подмяна на ендобронхиален стент
41895-01	Премахване на ендобронхиален стент <i>Не включва:</i> при подмяна (41905-05 [546])
Приложение на фармакотерапия	
18228-01	Инжектиране на локален агент в трахея и/или бронх
Други процедури на трахея	
90162-00	Други процедури на трахея
Други ексцизионни процедури на бронх	
41901-00	Ендоскопска резекция на лезия на бронх с лазер <i>Не включва:</i> ендоскопска ексцизия на бронхиална лезия с лазер (41901-00 [545])
90163-00	Друга ендоскопска ексцизия на бронх
Частична резекция на бял дроб	
90168-00	Ендоскопска обем редуцираща операция на бял дроб
90169-00	Ендоскопска клиновидна резекция на бял дроб Торакоскопска клиновидна резекция на бял дроб
Други процедури на бронх	
41899-00	Затваряне на бронхиална фистула
Възстановителни процедури на бронхи	
41904-00	Бронхоскопия с дилатация Ендоскопска дилатация на стриктура: <ul style="list-style-type: none"> • бронхиална • трахеална <i>Кодирай също когато е направен:</i> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне на стент: <ul style="list-style-type: none"> • ендобронхиален (41905-04 [546]) • ларингеален (41905-02 [521]) • трахеален (41905-00 [533])
Други процедури на бронх	
90165-00	Друга процедура на бронх Ексцизия лезия на бронх БДУ Лигиране на бронх <i>Не включва:</i> чрез интраторакален достъп (38456-04 [547])

Процедури за изследване на бронх

41898-00 Фиброоптична бронхоскопия

Не включва: такава с:

- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

Брахитерапия, други интракавитарни места

90764-00 Брахитерапия, интракавитарна, ниска дозова честота

Включва: стереотактична брахитерапия

Кодирай също когато е направена:

- брус отвори (39012-00 [7])
- интракраниална стереотактична локализация (40803-00 [1])

Не включва: такава на гинекологични локализации (виж блок [1790])

Бронхоскопия с биопсия или отстраняване на чуждо тяло

92048-00 Отстраняване на вътрелуменно чуждо тяло от трахея и бронх без инцизия

Приложение на фармакотерапия

96201-00 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

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])

59965-00 рентгеноскопия на гръден кош

Ултразвук на други места

55812-00 Ултразвук на гръден кош или коремна стена

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук

Ултразвук, съвместно с ендоскопия

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест}
Спирометрия

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

92184-05 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за клетъчен блок

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително следния пакет медико-диагностични изследвания:
Хематологични – хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, хематокрит и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки
Хемокоагулационни изследвания – протромбиново време (индекс, INR)
Кръвна група

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

91910-09 Изследване на протромбиново време

91926-00 Определяне на кръвни групи от системата AB0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-A, анти-B, анти-AB, анти-D и тест-еритроцити A1, A2, B и 0)

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на бял дроб или плевра

90171-00 Ендоскопска плевродеза
Торакоскопска плевродеза
Включва: поставяне на междуребрен катетър

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:

- кръвозаместители
- Dextran
- Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

Трансфузия на:

- кръвни заместители
- гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент - антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени: една високоспециализирана интервенционална процедура (диагностична и/или терапевтична), четири основни диагностични процедури, посочени в блок **Кодове на основни процедури**, от които едната задължително включва: 91910-04, 91910-05, 1910-09, 91926-00 и една основна терапевтична процедура, посочена в таблица **Кодове на основни процедури**.

Процедура 92184-02 и/или 92184-05 задължително се отчита допълнително, като основна процедура, при вземане на материал за микробиологично, хистологично или цитологично изследване.

Ако е приложена и изпълнена процедура 38812-00, е задължително една от четирите основни диагностични процедури да бъде 56301-00, 58500-00 или 55812-00.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ, като се запише от лекуващия лекар и къде точно ще се предоставят документите.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пневмология и фтизиатрия“, от обхвата на медицинската специалност „Гръдна хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Гръдна хирургия“, от обхвата на медицинската специалност „Детска пневмология и фтизиатрия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“, в обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно Медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести“, в обхвата на медицинската специалност „Образна диагностика“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност.

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по гръдна хирургия или Клиника/отделение по УНГ
2. Бронхологично отделение/клиника/кабинет
3. КАИЛ/ ОАИЛ
4. Клинична лаборатория с възможност за КГА
5. Отделение по образна диагностика
6. Кабинет за ФИД (спирометрия).
7. Лаборатория/отделение по клинична патология

2. 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, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Медицинска апаратура
1. Структура по обща и клинична патология (отделение или лаборатория) - на територията на населеното място
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Индивидуален набор (капсула и аксесоари) за извършване на капсулна ендоскопия	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Ендопротеза (стент) за трахея и/или бронхи	НЗОК не заплаща посочения консуматив

Игла за тънкоиглена биопсия под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Игла за биопсия през ехоендоскоп	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Клапа (валва) за ендоскопска обемредуцираща терапия	НЗОК не заплаща посочения консуматив

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Блок. 1 Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари със специалност пневмология и фтизиатрия, единият от които притежава свидетелство от Медицински Университет за завършен основен курс по “Бронхоскопия” и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии годишно, документиран с работен журнал или описателни фишове

или

лекар със специалност гръдна хирургия, притежаващ свидетелство от Медицински Университет за завършен основен курс по “Бронхоскопия” и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии годишно, документиран с работен журнал или описателни фишове;

или

двама лекари със специалност УНГ – само за кодове на процедури 31.93 и 98.15

или

лекар/лекари със специалност по образна диагностика, от които един със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от ректор на медицински университет) – само за кодове на процедури 33.26, 34.23 и 34.25.

- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност клинична патология.

Блок. 2 Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия, притежаващ свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по “Бронхология” и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии годишно, документиран с работен журнал или описателни фишове

или

лекар със специалност Гръдна хирургия/ Детска хирургия, притежаващ свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по “Бронхология” и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии годишно, документиран с работен журнал или описателни фишове

или

двама лекари със специалност УНГ– само за кодове на процедури 31.93 и 98.15

или

- лекар/лекари със специалност по образна диагностика, от които един със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет) – само за кодове на процедури 33.26, 34.23 и 34.25.
- лекар със специалност педиатрия;

или

- лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия;
- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност анестезиология и интензивно лечение.
- лекар със специалност клинична патология

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Извършване на високоспециализирани интервенционални процедури в пулмологията с локална или обща анестезия.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за клинично-лабораторни изследвания се извършва до 24 часа от приемането.

Високоспециализираните интервенционални процедури се извършват в рамките на болничния престой.

Назначените от лечебното заведение образни изследвания трябва да се извършат в рамките на болничния престой.

УСЛОВИЯ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЕНДОСКОПСКИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ В ПУЛМОЛОГИЯТА

А. Клинично – лабораторни изследвания:

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct, диференциално броене на клетки);
- клинично-химични показатели – при показания: кр. захар, креатинин, урея, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, Na, K, Cl);
- хемостаза – протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТТ (пТПВ/ККВ);
- АКР и ФИД;

Б. Кръвна група.

В. Рентгенография на бял дроб и сърце.

Г. ЕКГ.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ:

- корекция на жизнено важни функции, анемия, коагулационни нарушения, придружаващи заболявания;
- лечение на основното заболяване според препоръките за стандартизирано поведение на Българско дружество по белодробни болести (БДББ).

2.1. ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДИАГНОСТИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ В ПУЛМОЛОГИЯТА

2.1.1.Трансбронхиална тънкоиглена аспирационна биопсия – ТБТАБ

ТБТАБ е биопсична техника, позволяваща биопсирането на субмукозно, ендолуминално и периферно разположени (извън видимите бронхи) процеси в трахеобронхиалното дърво и белодробния паренхим. чрез нея може да бъде получен цитологичен и хистологичен материал за изследване, да бъдат диагностицирани малигнени или бенигнени белодробни изменения, включително бактериална инфекция, да бъде извършено предоперативно и/или следоперативно стажиране при белодробен карцином.

Противопоказания:

- некорегируеми коагулопатии;
- липса на точен анатомичен ориентир;
- тежка хипоксемия и/или хемодинамична нестабилност (състояния, непозволяващи толериране на евентуален пневмоторакс).

2.1.2. Трансторакална иглена аспирационна или режеща биопсия – ТТАБ, ТТРБ

Трансторакалната иглена аспирационна/режеща биопсия (ТТА/РБ) е минимално инвазивна процедура за получаване на информативен тъканен материал от лезии ангажиращи гръдна стена, белодробен паренхим и медиастиnum с цел цитологично, хистологично или микробиологично изследване.

Противопоказания:

- абсолютни контраиндикации за ТТА/РБ са некорегируеми коагулопатии и тежка хипоксемия и/или хемодинамична нестабилност (състояния, непозволяващи толериране на евентуален пневмоторакс).
- релативни контраиндикации са предходна пулмонектомия, ФЕО1<1л, близост до съдови структури, тежък булозен емфизем.

2.1.3. Автофлуоресцентна и електро - навигационна бронхоскопия

Ранна (своевременна) диагноза на неопластично заболяване и насока за биопсия при налични минимално инвазивни (невидими на бяла светлина) промени в лигавицата. Капсулната ендоскопия, като навигационна бронхоскопия дава ориентация на периферно разположени изменения в бронхите и белия дроб.

Противопоказания:

- стенози на бронхите, непреодолима за капсулата;
- бременност;
- поставен пейсмейкър.

2.1.4. Медицинска торакоскопия

Ендоскопски оглед и биопсия на плевра с възможности за ендоскопско терапевтично повлияване.

Диагностично-лечебен алгоритъм:

- торакоцентеза се извършва в рамките на 24 часа от приема на пациента;
- малки плеврални изливи се пунктират под ехографски контрол!;
- цито се изследват биохимичните показатели от плевралната течност и при данни за ексудат, болният се подготвя за плеврална биопсия (кръвна група, коагулационен статус);
- при установяване на плеврален емпием, пациентът се насочва към хирургично звено за плеврален дренаж;
- при сигурни данни за банално възпалително естество на излива, се провежда съответната терапия;
- при установяване на АДА повече от 35, се приема ТБК плеврален излив и се насочва за туберкулоstaticна терапия;
- при липса на сигурни данни за етиологията на плевралния излив, се извършва плеврална биопсия;
- при липса на резултат от плеврална биопсия се извършва медицинска торакоскопия;
- при установяване на метастатичен плеврален излив се обсъжда химиотерапия;
- при отказ за провеждане на такава от страна на химиотерапевтите се предприема инжектирането на цитотоксичен медикамент или се насочва за химична (талк) плевродеза.

Противопоказания: некорегируеми коагулопатии и тежка хипосемия и/или хемодинамична нестабилност (състояния, непозволяващи толериране на евентуален пневмоторакс), ФЕО1<1л., алергия към локални анестетици, тежко нарушена чернодробна функция - INR над 2,3 и пр. време под 50%, тромбоцити по-малко от 80 G/l, нарушено съзнание и епилепсия.

Противопоказания за:

А. Плеврална пункция (торакоцентеза)

1. Тежка хеморагична диатеза.
2. Антикоагулантна и фибринолитична терапия.
3. Пиодермия на кожата, където трябва да се направи плеврална пункция.

Б. Плеврална биопсия

1. Тежка хеморагична диатеза.
2. Антикоагулантна и фибринолитична терапия.
3. Пиодермия на кожата, където трябва да се направи плеврална пункция.
4. Алергия към локални анестетици.
5. Тежко нарушена чернодробна функция - INR над 2,3 и пр. време под 50%.
6. Тромбоцити по-малко от 80 G/l.
7. Нарушено съзнание.
8. Епилепсия.

Усложнения при медицинска торакоскопия:

1. Пневмоторакс
2. Хемоторакс
3. Ваго-вазална реакция
4. Хематом на гръдна стена
5. Белодробен оток след източване на голямо количество течност при силно отрицателно налягане, повече от 20 см. воден стълб.
6. Подкожен емфизем.

2.1.5. Ендобронхиално ултразвуково изследване

Извършва се оценка състоянието на прилежащите структури с или без тънкоиглена аспирационна биопсия. Дава се възможност за вземане на материал за цитоморфология от лезии в стената на трахеята и/или бронха и около нея с цел:

- оценка на промените на стената на дихателните пътища или съседни структури; диагноза на субмукозни лезии; стадиране на карцином и други тумори; диференциална диагноза на лимфаденопатия; медиастинална маса; аспирация на кистични образувания и др.;

Противопоказания: тежка стеноза на трахея; променена анатомия с невъзможност за анатомична ориентация при бронхоскопията, вкл. постоперативна; кървене от ДДП или тежка хеморагична диатеза, когато резултатът няма да промени по-нататъшното лечение.

2.2. ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ В ПУЛМОЛОГИЯТА

2.2.1. Трахеобронхиално стентирание

Ендоскопско протезиране (поставяне на пластмасови, метални или други ендопротези) при доброкачествени или злокачествени стриктури в трахея и основни бронхи и при фистули (трахеобронхоезофагеални).

Противопоказания: променена анатомия с невъзможност за анатомична ориентация при бронхоскопията; некорегируеми коагулопатии.

2.2.2. Ендобронхиална лекарствена и/или генна терапия

Ендоскопска терапия:

- при туморен процес: интратуморно или перитуморно инжектиране на лечебна субстанция;
- при възпалителен оток, лезии или стриктури в трахея и /или бронхи: локално лечение с кортикостероиди или други медикаменти;
- тънкоиглено инжектиране под ехографски контрол: за лечение на тумори - тъканна деструкция или обезболяване; кортикостероиди и други противотуморни или имуномодулиращи медикаменти (локална имуномодулация); дрениране на кисти и други.
- ендоскопска хемостаза – като основна или в допълнение на другите ендоскопски процедури;

Противопоказания: непоносимост към медикамента за ендоскопско приложение.

2.2.3. Ригидна бронхоскопска редукция, механична дилатация или балонна дилатация

Ендоскопска щипкова редукция, механична или балонна дилатация на туморна маса или доброкачествена стеноза на трахея и бронхи; преди ендоскопско протезиране.

Противопоказания: променена анатомия с невъзможност за анатомична ориентация при бронхоскопията; некорегируеми коагулопатии, невъзможност за максимална дорзална флексия на главата.

2.2.4. Ендобронхиална лазерна коагулация, аргон - плазмена коагулация, електрокаутеризация и ендобронхиална криотерапия

Вътрелуменна туморна деструкция (реканализация) при запушване на участъци от дихателните пътища (пълно или частично); преди протезиране или при туморно прорастване в протезата; кървене от тумор.

Ендоскопска хемостаза при видимо кървяща лезия (с размери до 2 мм) в допълнение на другите ендоскопски процедури.

Противопоказания: изцяло интрамурално или перибронхиално разпространение на лезиите; тумори с язвени форми и данни за ангажиране на прилежащи съдови структури; изразена дихателна недостатъчност, освен ако няма сигурни данни, че ще се повлияе от приложената ендоскопска намеса.

2.2.5. Ендоскопско редуциране на белодробен паренхим

Ендоскопско редуциране на белодробен паренхим при изразен белодробен емфизем посредством специална клапа с възможности за пропускане на секретите, но спиране на въздушния поток от засегнатия участък на дроба.

Противопоказания: изразена дихателна недостатъчност, освен ако няма сигурни данни, че ще се повлияе от приложената ендоскопска намеса.

2.2.6. Фотодинамична терапия

Високоспециализиран интервенционален метод за ранна диагностика (дори in situ) и терапия на трахеобронхиални малигнени лезии до 4 см. Базира се на ефекта от вторичната флуоресценция 48 – 72 – 96 часа след венозно въвеждане на фотосенсибилизатор в пациента.

Противопоказания: свръхчувствителност към фотосенсибилизатора.

Необходимо е избягване на пряк контакт (очи, кожа) с директна слънчева светлина или източник на светлина с близък спектър.

2.2.7. Ендобронхиална брахитерапия

Селективно, ендолуминално (трахеобронхиално) облъчване с радиоактивен елемент при налични екзофитни, ендофитни и пристенно разположени малигнени лезии. В два сеанса през 14 дни.

Противопоказания: изразена дихателна недостатъчност, освен ако няма сигурни данни, че ще се повлияе от приложената ендоскопска намеса.

2.2.8. Ендобронхиално ултразвуково изследване за терапевтични цели

За лечение на тумори (тъканна деструкция или обезболяване), дрениране на кисти и други. Тънкоиглено инжектиране под ехографски контрол на кортикостероиди, противотуморни или имуномодулиращи медикаменти (локална имуномодулация);

Противопоказания: изразена дихателна недостатъчност, освен ако няма сигурни данни, че ще се повлияе от приложената ендоскопска намеса.

Оперативно лечение:

Обсъжда се, когато не могат да се овладеят възникнали усложнения от ендоскопското изследване и лечение, напр. травматична лезия на дихателните пътища или неовладяващо се ендоскопски кървене от тях.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След извършване на високоспециализираната интервенционална процедура.

При ендоскопско лечение на обструктивни заболявания на бронхобелодробната система е необходимо подобрение или нормализиране на общото състояние, показателите от ФИД, КГА или образното изследване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация: медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и при:

1. осигуряване на коректна диагноза;
2. стабилизирано състояние на пациента след интервенционалната процедура;
3. проведено лечение на основното заболяване (при нужда) с корекция на усложненията и отклоненията в жизненоважни функции.

Довършване на лечебния процес и проследяване

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

- продължаване на лечението (посочено в епикриза);
- рехабилитация в болнични или домашни условия;

насочване към клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване;

в цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза;

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредбата за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ / НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Бронхологичното изследване е метод за диагностика и лечение на редица заболявания на бронхобелодробната система, плеврата, гръдната стена и/или средостение (лимфни възли, хранопровод и др.). Преди изследването лекуващия лекар и лекаря-бронхолог ще разговарят с Вас, относно необходимостта на провеждането на бронхологично изследване и възможностите то да допринесе за точната диагноза и своевременно лечение на вашето състояние. Вие ще бъдете информирани за най-честите рискове при запланиваната ендоскопска намеса.

Защо се налага бронхоскопия?

- **За да се постави диагноза** – диагностична бронхоскопия: често видът на някои заболявания се установява едва след взимане, чрез биопсия с бронхоскоп, на материал и микроскопско му изследване.
- **За ограничаване и/или отстраняване на причината за заболяването** – терапевтична бронхоскопия: съществуват вродени и придобити заболявания на белите дробове, средостението и плеврата. Те трябва да се установят с максимална точност за да се определи оптималното лечение (медикаментозното, ендоскопско и/или оперативно).

Видове бронхоскопски методи:

А. Ригидна бронхоскопия (РБС) – извършва се с апарат, който представлява специална тръба с диаметър от 3,5 до 11 мм – в зависимост от възрастта. Изследването се извършва като главата се отвежда максимално назад (дорзално), бронхоскопът преминава през устата и гласните връзки, като позволява оглед на трахеята и бронхите. Прави се с локална или обща анестезия.

Б. Флексибилна бронхоскопия (ФБС) – апаратът е флексибилен (огъваем), с външен диаметър от 3,2 до 6,5 мм. Може да премине през устата или през носа, в зависимост от целта на изследването, под локална (местна) или обща анестезия.

Начин на упояване (анестезия):

- **Бронхологично изследване и лечение с локална анестезия** – лекарството за локална (местна) анестезия се накапва и/или впръсква последователно в ноздрите и устна кухина със специален крайник докато се появи чувство на изтръпване на устни и език. Следва накапване на анестетика върху гласните връзки и в трахея – усеща се изтръпване на гърлото и затруднено гълтане. След анестезията може да се проведе изследване, като Вие няма да губите съзнание. Около 2 часа след завършване на бронхоскопията не можете да приемате все още храна, течности и медикаменти през устата, тъй като продължава действието на анестетика.

- Бронхологично изследване и лечение под пълна упойка (обща анестезия)

Особеностите на този вид анестезия може да научите от лекаря-анестезиолог. За Вас е важно, че няма да усещате манипулацията, като рисковете от този вид анестезия могат да бъдат по-големи.

Преди бронхоскопията се поставят медикаменти, подпомагащи извършването на изследването – нарича се ПРЕМЕДИКАЦИЯ.

По време на изследването се извършва контрол (мониториране) на пулса, артериалното налягане, кислородното насищане в кръвта Ви (SAT%).

Опасности при Бронхологично изследване и лечение:

Рискът при тази лекарска намеса зависи, както от опитността на екипа, така и от общото състояние на организма Ви и степента на увреждането му. За да открием източниците на опасност навреме е необходимо да уведомите за прекарани в миналото заболявания лекуващия лекар, както и за инциденти при подобни предходни изследвания.

Възможни инциденти по време на бронхоскопията и след нея:

Въпреки пределната концентрация на екипа по време на изследването може да се стигне до инциденти, които най-често се откриват и отстраняват веднага. Това са:

- Повишаване на артериалното налягане, което да предизвика кървене, изискващо непосредствена аспирация. Може да се наложи интубация с ригиден бронхоскоп или интубационна тръба, за да се овладее кървенето. Изключително рядко, при невъзможност да се спре по ендоскопски път кървенето, се налага оперативна намеса за лигиране (връзване) на кървящия кръвоносен съд или отстраняване на кървящия сегмент или дял от дроба. Може да се наложи преливане на кръв или кръвозаместващи течности.

- Може да се наранят съседни органи (напр. кръвоносни съдове, нерви, хранопровод) при извършване на бронхологични процедури, ако патологичния процес е в непосредствена близост до тях или ги обхваща. Рискът се повишава при предхождащи операции на гръдната клетка, сложни анатомични съотношения, вродени малформации, при обширни възпалителни промени или тежки сраствания.

- Рядко може да се травмират лигавицата на носа и гласни връзки от неизбежния натиск по време на изследването с бронхоскопа. Те се появяват най-често веднага след изследването и обикновено отзвучават без да се взимат медикаменти от няколко часа до ден след бронхоскопията.

- Може да възникнат пристъпи на задух или спастична кашлица по време на изследването. Преодоляват се с допълнителна локална анестезия и подаване на кислород с маска или катетър.

- Когато при различни бронхологични манипулации попадне въздух в гръдната кухина се образува пневмоторакс. Това може да затрудни кръвообращението и дишането Ви. Лечението е да се постави специален пластмасов (дренажен) катетър в гръдната половина, където е възникнал пневмоторакса и се включи на аспирация за няколко дни.

- Ако влезе въздух в кръвоносен съд при извършване на бронхологична манипулация може да възникне въздушна емболия; изразяваща се по-специално с изтръпване на кожата и болки в раменете, които по правило изчезват след няколко часа. Тя се лекува чрез поставяне в специално положение - Тренделенбург.

Всички усложнения, макар и много рядко, могат да наложат приемане в спешно и интензивно клиника/отделение/сектор, където да се извършват реанимационни грижи.

Поинтересувайте се след бронхоскопията, преди напускане на ендоскопския кабинет /отделение за:

Кога е възможно да се пият течности и да се поема храна?

Трябва ли да се пият нови лекарства? Какви и колко време?

Колко време трябва да почивате (да лежите) след манипулацията?

Трябва ли да се промени начинът Ви на живот?

Откога можете да започнете отново работа/училище?

Необходими ли са контролни прегледи и кога?

Медицинска торакоскопия

Извършва се под местна анестезия/упойка или под обща анестезия/упойка;

По време на извършване се контролира (мониторира) сърдечната дейност, пулс, O₂ SAT (насищане с O₂ на артериалната кръв).

Влиза се в плевралната кухина с торакоскоп през един или повече разреза, създава се плевмоторакс, след което се оглежда плевралната кухина и се взимат биопсии.

След биопсиите, по преценка на оператора, може да се извърши талк плевродеза (за ликвидиране на плевралния излив при злокачествени заболявания).

Усложнения и инциденти, които могат да се случат по време и след извършването на процедурите.

Въпреки пределната концентрация и опитността на екипа, по време на манипулациите и след тях, могат да се получат следните усложнения, които най-често се откриват веднага и се коригират:

- Прилошаване, виене на свят и колабиране (ваго-вазална реакция) – може да се избегне при приложение на субкутанен Атропин.
- Пневмоторакс (навлизане на въздух в плевралното пространство). Това усложнение ще затрудни дишането ви. Установява се с рентгеново изследване и се коригира с поставянето на пластмасов дренаж.
- Подкожен емфизем – навлизане на въздух в подкожната тъкан. Появява се хрущене при натиск върху кожата, постепенно изчезва спонтанно.
- Хематом на гръдна стена. Получава се при убождане междуребрено-кървоносен съд и изливане на кръв в подкожната тъкан.
- Хемоторакс (изливане на кръв в плевралното пространство). Получава се при нараняване на кървоносни междуребрени съдове или след биопсия. Установява се с рентгеново и/или ехографско изследване и плеврална пункция. Лекува се с поставянето на плеврален дренаж или оперативно (торакотомия).

След изписването в следващите три дни, ако не сте настанени в друго лечебно заведение, и получите задух, кървохрачене, болки, веднага се явете на контролен преглед при лекуващия Ви лекар.

КП № 45 ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНА ХРОНИЧНА ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА

Минимален болничен престой – 6 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Последици от туберкулоза

Включва:

B90.9 Късни последици от туберкулоза на дихателните органи

Саркоидоза

Включва:

D86.0 Саркоидоза на белите дробове

E66.2 Алвеоларна хиповентиляция при екстремно затлъстяване
Синдром на Pickwick

Други форми на белодробно сърце

Включва:

I27.0 Първична белодробна хипертония

I27.1 Кифосколиотично сърце

I27.9 Белодробно сърце, неуточнено

Хронична белодробно – сърдечна болест

Белодробно сърце (cor pulmonale) хронично (БДУ)

Емфизем

J43.0 Синдром на Macleod

J43.1 Панлобуларен емфизем

J43.2 Центрилобуларен емфизем

J43.8 Друг емфизем

Друга хронична обструктивна белодробна болест

J44.0 Хронична обструктивна белодробна болест с остра респираторна инфекция на долните дихателни пътища

J44.1 Хронична обструктивна белодробна болест с обостряне, неуточнена

J44.8 Друга уточнена хронична обструктивна белодробна болест

J47 Бронхиектатична болест

J60 Пневмокониоза на въглекопачите

Антракосиликоза

Антракоза

Бял дроб на въглекопачите

Не включва: с туберкулоза (J65)

J61 Пневмокониоза, причинена от азбест и други минерални вещества

Азбестоза

Не включва: плеврална плака с азбестоза (J92.0)

с туберкулоза (J65)

Пневмокониоза, причинена от прах, съдържаща силиций

Включва: силициева фиброза (масивна) на белия дроб

Не включва: пневмокониоза с туберкулоза (J65)

J62.0 Пневмокониоза, причинена от талк

J62.8 Пневмокониоза, причинена от друга прах, съдържаща силиций

Силикоза БДУ

Пневмокониоза, причинена от друга неорганична прах

- J63.0 Алуминоза (на белия дроб)
- J63.1 Бокситна фиброза (на белия дроб)
- J63.2 Берилиоза
- J63.3 Графитна фиброза (на белия дроб)
- J63.4 Сидероза
- J63.5 Стеноза

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти

- J70.1 Хронични и други белодробни прояви, причинени от радиация
- J70.3 Хронични интерстициални белодробни нарушения, причинени от лекарствени средства

Други интерстициални белодробни болести

- J84.0 Алвеоларни и парieto-алвеоларни нарушения
- J84.1 Други интерстициални белодробни болести с фиброза
- J84.8 Други уточнени интерстициални белодробни болести

Респираторни нарушения след медицински процедури, неклассифицирани другаде

- J95.3 Хронична белодробна недостатъчност, дължаща се на операция

Дихателна недостатъчност, неклассифицирана другаде

- J96.0 Остра дихателна недостатъчност
- J96.1 Хронична дихателна недостатъчност

Вродени аномалии на белия дроб

- Q33.0 Вродена белодробна кистоза
- Q33.4 Вродена бронхиектазия
- Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб
- Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб

Декомпенсираната хронична ДН се кодира с код J96.1, състояние на “остра при хронична ДН” и се вписва като основна диагноза. Това дефинира причината за включване на болния в тази клинична пътека. Като втори код задължително се посочва някоя от останалите диагнози в клиничната пътека за определяне причината, довела до остра при хронична ДН.

Код I27.9 „Белодробно сърце, неуточнено” се използва за кодиране само, когато се касае за хронично – рецидивиращ БТЕ (белодробен тромбоемболизъм) с ХБС (хронично белодробно сърце), без друга хронична белодробна или сърдечна патология, която може да бъде причина за пулмонална хипертония и дясностранна хипертрофия.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****1974 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])

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
 Дихателен функционален тест }
 Спирометрия } БДУ

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и хрчка за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, левкограма;
 Биохимични изследвания – креатинин, кръвна захар, електролити;

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
 91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
 91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
 91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
 91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
 91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
 92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
 Овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване
 ∇ 1615
 Каталитична кислородотерапия
 Циторедуктивен ефект
 Кислородотерапия
 Оксигенатори
Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

¹	<p>Включва:</p> <p>подкожна инжекция или инфузия с местно или общо действие интрамускулна инжекция или инфузия с местно или общо действие интравенозна инжекция или инфузия с местно или общо действие</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, две от които са задължителни: 58500-00 и 13842-01 и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана в съответствие с изискванията на най-малко второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Професионални болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Професионални болести".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 пневмология и/или фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или

Клиника по професионални заболявания
2. Рентгенов апарат за скопия и графия / отделение по образна диагностика
3. Лаборатория за ФИД (спирометрия)
4. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
5. Легла за интензивно лечение в отделение /клиниката

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия II ниво на компетентност - двама лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия и един лекар със сертификат за бронхоскопия

или

в клиника/отделение II ниво по вътрешни болести - един лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия

или

- в клиника/отделение по професионални заболявания - шест лекари със специалност по професионални заболявания;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност с бързо влошаване на клиничните прояви и артериалните кръвни газове при болни с хронична ДН и хронична белодробна патология:

1.1. дихателна честота >25/мин; сърдечна честота >110/мин;

1.2. участие на допълнителна/умора на дихателна мускулатура;

1.3. инспираторен тираж;

1.4. задълбочаваща се хипоксемия (снижение на PaO_2 с ? 10 mm Hg спрямо стабилното състояние);

1.5. новопоявила се ($PaCO_2 > 45$ mmHg)/нарастваща хиперкапния ($PaCO_2 > 60$ mmHg).

2. Диагностика и лечение на болни с остра при хронична дихателна недостатъчност и остро снижение на PaO_2 под 60 mmHg (под 50 mmHg за фиксирана III степен хронична дихателна недостатъчност) или $SaO_2 < 90$ %, независимо от конкретната хронична белодробна патология, която е причина за хронична дихателна недостатъчност.

3. Диагностика и лечение на болни със стабилна хронична дихателна недостатъчност III степен ($PaO_2 < 55$ mmHg); основни критерии, обосноваващи хоспитализация, са промяна в клиничното състояние, поява/нарастване на хиперкапнията и наличие на декомпенсирано в различна степен хронично белодробно сърце.

Според степента на отклоненията в КГА определяме три степени на стабилна хронична ДН:

първа – снижение на PaO_2 до 65 mmHg, без хиперкапния;

втора – PaO_2 55-65 mmHg, без или с хиперкапния, но $\text{PaCO}_2 \leq 55$ mmHg;

трета – $\text{PaO}_2 < 55$ mmHg, без или с различна по степен хиперкапния.

Декомпенсация на хронична ДН може да настъпи при всяка от посочените степени. Основни критерии (освен клиничните) са задълбочаваща се хипоксемия (спадане на PaO_2 с ≥ 10 mm Hg) и поява/нарастване на хиперкапния спрямо стабилното състояние.

Критерии за декомпенсация на хронична ДН

- дихателна честота >25 /мин; сърдечна честота >110 /мин;
- участие на допълнителна / умора на дихателна мускулатура;
- инспираторен тираж;
- задълбочаваща се хипоксемия (снижение на PaO_2 с ≥ 10 mm Hg спрямо стабилното състояние);
- новопоявила се ($\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg) / нарастваща хиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg).

Болни с развитие на остра при установена вече хронична ДН се хоспитализират когато поради неуспех от прилаганата за основното белодробно заболяване терапия (засилване на диспнеята, поява или прогресия на сърдечна недостатъчност при хронично белодробно сърце, и др.), необходимост от кислородотерапия, или усложнения, лечението не може продължи и да бъде завършено успешно в амбулаторни условия.

Всички болни с остра при хронична ДН и остро снижение на PaO_2 под 60 mmHg (под 50 mmHg за фиксирана III-та степен хронична ДН) или $\text{SaO}_2 < 90\%$, са показани за хоспитализация, независимо от конкретната хронична белодробна патология, която е причина за хронична ДН.

При преценката на болни със стабилна хронична ДН III-та степен ($\text{PaO}_2 < 55$ mmHg) основни критерии, обосноваващи хоспитализация, са промяна в клиничното състояние, поява /нарастване на хиперкапния и наличие на декомпенсирано в различна степен хронично белодробно сърце.

Критерии за хоспитализация в интензивно отделение:

- тежка диспнея, неповлияна от терапията на предишните етапи;
- промени в съзнанието;
- умора на дихателната мускулатура;
- влошаваща се артериална хипоксемия ($\text{PaO}_2 < 50$ mmHg), въпреки кислородотерапия;
- нарастваща хиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 70$ mmHg) и ацидемия ($\text{pH} < 7.30$);
- необходимост от механична вентилация.

Всички болни, отговарящи на един или повече от посочените критерии, подлежат на неотложна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение. При показания за лечение в специализирано отделение болните се насочват за хоспитализация според действащите нормативни разпоредби.

Клинична оценка на тежестта, КГА при $\text{FiO}_2=0.21$, ФИД (когато състоянието на болния позволява да бъде извършено), рентгенография на гръден кош, лабораторен минимум (ПКК, биохимия, урина);

Преценка мястото на хоспитализацията – пулмологично/вътрешно отделение, интензивно отделение.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Задължителен елемент на лечението е кислородотерапията. Тя е непрекъсната, дозирана и контролирана. Контролен КГА 60 мин след започването ѝ и според клиничното състояние в следващите дни за документиране промените.

Основни групи медикаменти:

- Кислород
- Бронходилататори
- Антибактериални средства
- Кортикостероиди
- Секретолитици
- Антикоагуланти
- Диуретици и кардиоактивни медикаменти (вазодилатори, инотропни и др.) – според показанията при наличие на сърдечна недостатъчност и ритъмни нарушения

Използването и дозировката на различните групи медикаменти при лечението на острата при хронична ДН се съобразява с патогенетичните механизми и причините за развитието ѝ, и основното белодробно заболяване.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се въз основа на клиничната картина, КГА, рентгенографията на гръден кош, резултати от инструментални и лабораторни изследвания, които са необходими за доказване /потвърждаване на основната диагноза.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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:

1. овладяна симптоматика и причина за развитие на остра при хронична дихателна недостатъчност, подобрени параметри на КГА;
2. уточнена терапия и поведение в амбулаторни условия;
3. рехабилитация и обучение на болните.

При изписване от лечебното заведение пациентът получава епикриза, съдържаща атрибутите според НРД, болничен лист при необходимост, указания за продължаване на лечението, посочено в епикризата, уточнена дата за контролен преглед и направление към друго болнично заведение, ако се налагат други специализирани изследвания.

Довършване на лечебния процес и проследяване

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението (посочено в епикриза);
- рехабилитация в болнични или домашни условия;
- амбулаторно наблюдение/диспансеризация.

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вие страдате от хронично заболяване на органите на дишането, което с течение на времето е довело до различни по тежест нарушения в нормалната им функция. Много болести на белите дробове и гръдната клетка могат да причинят затруднено снабдяване с необходимия за живота кислород. Това състояние се определя като **дихателна недостатъчност**. Тя може да се развие много бързо (дни) или по-бавно (седмици) и да бъде основна причина за тежко нарушение на функцията на други жизнено важни органи (мозък, сърце, бъбреци). Основно оплакване е затрудненото дишане (“недостиг на въздух”), “посиняване” на устните, езика, пръстите. Това е хронично състояние, което може да прогресира бавно или да се влоши остро по различни причини и да наложи приемането Ви по спешност за лечение в болница. Провежданото в домашни условия лечение в тези случаи не винаги може да бъде успешно.

Вашият лекар е преценил, че е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на дишането и/или сърдечната дейност. През времетраенето на престоя в болницата ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметете за важни.

Вашият престой в клиниката ще продължи до стабилизиране на състоянието Ви. Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгенова снимка на белия дроб, и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани и поискано съгласието Ви преди извършването им.

Вашето лечение ще включва различни лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), антибиотици при наличие на инфекция, кислород и др., включително “подпомагане на дишането с апарат”, за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалация, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат ежедневно да посещават клиниката, но посещенията при Вас трябва да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в клиниката/отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващия Ви екип.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако пожелаете да го прекратите лечението, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност, но Вие и близките Ви не може да имате претенции към болницата, където Ви е предложено лечение. Моля запомнете, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

Ако имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията, правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ние ще следим здравословно Ви състояние по време на целия престой от деня на приемането в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след постъпването Ви в болницата?

Лекуващият Ви лекар ще Ви разпита, прегледа и ще назначи необходими изследвания, които не са направени преди постъпването в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложат такива.

След първоначалната оценка на състоянието Ви ще бъде назначено лечение със споменатите лекарства, кислород, както и с други медикаменти според необходимото.

След стабилизиране на Вашето състояние и лекуващият екип прецени, че е възможно, ще бъдете подготвен за изписване от болницата с препоръки за провеждане на необходимото лечение, контрол и режим в домашни условия.

Ако състоянието Ви не се подобри или се влошава, изпитвате непреодолима умора (затруднение) при дишане и недостиг на въздух, ще се обсъди възможността (показания и противопоказания) за започване на механично подпомагане на дишането с апарат (обдишване с респиратор). Започването му може да стане само след получаване на отделно изрично съгласие от Вас или роднините Ви.

Ако не сте разбрали напълно написаното, имате въпроси или съмнение за ползата от това лечение, задължително трябва да обсъдите това с лекуващия Ви лекар и роднините Ви, за да може да се вземе най-правилното за Вас решение.

КП № 46 ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНА ХРОНИЧНА ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Минимален болничен престой – 8 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Последици от туберкулоза

Включва само:

B90.9 Късни последици от туберкулоза на дихателните органи

Емфизем

J43.0 Синдром на Macleod

J43.1 Панлобуларен емфизем

J43.2 Центрилобуларен емфизем

J43.8 Друг емфизем

Друга хронична обструктивна белодробна болест

J44.0 Хронична обструктивна белодробна болест с остра респираторна инфекция на долните дихателни пътища

J44.1 Хронична обструктивна белодробна болест с обостряне, неуточнена

J47 Бронхиектатична болест

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти

J70.1 Хронични и други белодробни прояви, причинени от радиация

J70.3 Хронични интерстициални белодробни нарушения, причинени от лекарствени средства

Други интерстициални белодробни болести

J84.0 Алвеоларни и парието-алвеоларни нарушения

J84.1 Други интерстициални белодробни болести с фиброза

J84.8 Други уточнени интерстициални белодробни болести

Респираторни нарушения след медицински процедури, неklasифицирани другаде

J95.3 Хронична белодробна недостатъчност, дължаща се на операция

Дихателна недостатъчност, неklasифицирана другаде

J96.0 Остра дихателна недостатъчност

J96.1 Хронична дихателна недостатъчност

P27.0 Синдром на Wilson-Mikity

P 27.1 Бронхопулмонална дисплазия

Вродени аномалии на ларинкса

Q31.4 Вроден ларингеален стридор

Вродени аномалии на трахеята и бронхите

Q32.0 Вродена трахеомалация

Q32.1 Други вродени аномалии на трахеята

Аномалия на трахеалния хрущял

Атрезия на трахеята

Вродена:

дилатация на трахеята

аномалия на трахеята

стеноза на трахеята

трахеоцеле на трахеята

Q32.2 Вродена бронхомалация

Q32.3 Вродена стеноза на бронха
Q32.4 Други вродени аномалии на бронхите
 Липса на бронх
 Агенезия на бронх
 Атрезия на бронх
 Вродена аномалия БДУ на бронх
 Дивертикул на бронх

Вродени аномалии на белия дроб
Q33.0 Вродена белодробна кистоза
Q33.4 Вродена бронхиектазия
Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб
Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб

Други вродени аномалии на дихателната система
Q34.0 Аномалия на плеврата
Q34.1 Вродена киста на медиастинума
Q34.8 Други уточнени вродени аномалии на дихателната система
 Атрезия на назофаринкса

Декомпенсираната хронична ДН се кодира с код J96.1, състояние на “остра при хронична ДН” и се вписва като основна диагноза. Това дефинира причината за включване на болния в тази клинична пътека. Като втори код задължително се посочва някоя от останалите диагнози в клиничната пътека за определяне причината, довела до остра при хронична ДН.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за изследване на бронх

ПРОЦЕДУРИ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА БРОНХ

41898-00 Фиброоптична бронхоскопия
Не включва: такава с:
 • биопсия (41892-00 [544])
 • дилатация (41904-00 [546])
 • екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

Томография

60100-00 Томография
Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
 такава с:
 • холецистография (58924-00 [1976])
 • венозна пиелография (58706-00 [1978])

1974 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])

59965-00 Рентгеноскопия на гръден кош
или

41898-00 Фиброоптична бронхоскопия

Не включва: такава с:

- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция

Дихателен функционален тест }

Спирометрия

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия

Електрографично мониториране

Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

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

1930 Имунологични изследвания

91923-00 Определяне на криоглобулин

91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM

91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG

91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA

91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента

91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента

91923-08 Изследване на антистрептолизин титър (AST)

Включва: при ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции

91923-09 Изследване за инфекциозна моноклеоза

91924-00 Определяне на общи IgE

91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум

91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел

91924-03 Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата

1923 Хематологични изследвания

ХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ – СУЕ, ХЕМОГЛОБИН, ХЕМАТОКРИТ, ЕРИТРОЦИТИ, ЛЕВКОЦИТИ, ЛЕВКОГРАМА;

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
92044-00	Друго кислородно обогатяване Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори <i>Не включва:</i> хипербарна оксигенация (виж блок [1888])
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които: 58500-00 или 41898-00 и 92057-00 или 13310-00 /пулсоксиметрия – за деца до 8 години/ или 11506-00/ за деца над 8 год.възраст и като трета процедура – 91910-04, 91910-05, 91910-07, 92184-02, 13842-01 или 13311-00, и две основни терапевтични процедури, една от които задължително да бъде 92044-00.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Педиатрия“.

1. 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 детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия
2. Клинична лаборатория с възможност за КГА
3. Рентгенов апарат за скопия и графия
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия) и КГА
5. Легла за интензивно лечение в отделение /клиника за интензивно лечение

2. 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. Бронхоскопска апаратура,
2. Отделение/лаборатория по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника по детска пневмология и фтизиатрия III ниво - лекари със специалност по детска пневмология и фтизиатрия – четирима
или
- в клиника/отделение по педиатрия III ниво на компетентност - четирима лекари със специалност педиатрия, при условие, че в клиниката/отделението работи поне един лекар с призната специалност по детска пневмология и фтизиатрия;
 - лекар със специалност по клинична лаборатория;
 - лекар със специалност по образна диагностика.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на деца с декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност - състояние на бързо влошаване на клиничните прояви и артериалните кръвни газове при болни с хронична дихателна недостатъчност и хронична белодробна патология, в т. ч.:

1. промени в дихателната и сърдечната честота - съобразно възрастта на детето;
2. участие на допълнителна/умора на дихателна мускулатура;
3. инспираторен тираж;
4. задълбочаваща се хипоксемия.

Според степента на отклоненията в КГА определяме три степени на стабилна хронична ДН:

- първа – снижение на PaO_2 под 80 mmHg, без хиперкапния;
- втора – PaO_2 60 – 80 mmHg, без или с хиперкапния, но $PaCO_2 \leq 50$ mmHg;
- трета – $PaO_2 < 60$ mmHg, без или с различна по степен хиперкапния.

Остра при хронична ДН може да настъпи при всяка от посочените степени. Основни критерии (освен клиничните) са задълбочаваща се хипоксемия (спадане на PaO_2 с ≥ 10 mm Hg) и поява/нарастване на хиперкапнията спрямо стабилното състояние.

Критерии за декомпенсация на хронична ДН

- промени в дихателната и сърдечната честота - съобразно възрастта на детето;
- участие на допълнителна / умора на дихателна мускулатура;
- инспираторен тираж;
- задълбочаваща се хипоксемия

Критерии за хоспитализация:

Всички деца с декомпенсирана ДН и друга хронична белодробна патология (вкл. вродени малформации, бронхиектазии, имунодефицитни състояния), се хоспитализират в специализирана пневмологична клиника /отделение.

Критерии за хоспитализация в интензивно отделение:

- тежка диспнея, неповлияна от терапията на предишните етапи;
- промени в съзнанието;
- нарастваща хипоксемия;
- необходимост от механична вентилация.

Всички болни, отговарящи на един или повече от посочените критерии, подлежат на неотложна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение. При показания за лечение в специализирано отделение болните се насочват за хоспитализация според действащите нормативни разпоредби.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания (вкл. КАС) се извършва до 24 часа от приемането.

Спирометрия – при приемането (възраст над 8 години и когато състоянието на болния позволява) и преди дехоспитализацията.

Назначеното от лечебното заведение образно изследвания (рентгенография) трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Алгоритъм за поведение

Клинична оценка на тежестта, КГА при $FiO_2=0.21$, SaO_2 рентгенография на гръден кош, лабораторен минимум (ПКК, биохимия, урина).

Преценка мястото на хоспитализацията – детско /пулмологично отделение, интензивно отделение.

Задължителен елемент на лечението е кислородотерапията. Тя е непрекъсната, дозирана и контролирана. Контролен КГА 60 мин след започването ѝ и според клиничното състояние в следващите дни за документиране промените.

Основни групи медикаменти:

- Кислород
- Бронходилататори
- Антибактериални средства
- Кортикостероди
- Секретолитици
- Антикоагуланти
- Диуретици и кардиоактивни медикаменти (вазодилатори, инотропни и др.) – според показанията при наличие на сърдечна недостатъчност и ритъмни нарушения.

Използването и дозировката на различните групи медикаменти при лечението на острата при хронична ДН се съобразява с патогенетичните механизми и причините за развитието ѝ, и основното белодробно заболяване.

За детската възраст дозите на медикаментите се съобразяват с теглото на пациента.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се въз основа на клиничната картина, КГА, рентгенографията на гръден кош, резултати от инструментални и лабораторни изследвания, които са необходими за доказване /потвърждаване на основната диагноза.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

1. овладяна симптоматика и причина за развитие на остра при хронична дихателна недостатъчност, подобрени параметри на КГА;
2. уточнена терапия и поведение в амбулаторни условия;
3. рехабилитация и обучение на болните.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Уважаеми Родители,

Вашето дете с гнойно – възпалително заболяване на белодробната система.

Вашият лекар е преценил, че за подобряване състоянието и изследване на Вашето дете, е необходимо да постъпи в болница. Престоят ще продължи до стабилизиране на неговото състояние.

Ще му бъдат извършени различни изследвания, включително и функционално изследване на дишането, кръвно – газов анализ, биохимично изследване на кръв, микробиологични, рентгенови, както и всички други изследвания, при необходимост.

Лечението ще включва: кортикостероиди, антибиотици, кислородолечение, както и други терапевтични средства, за които ще бъдете информирани и ще бъде взето Вашето съгласие да бъдат извършени.

Детето Ви може да се посещава само от двамата родители, които имат право на цялата информация за здравословното му състояние. При наличие на развод, сведение получава само родителят, който има юридически права за грижи над детето.

При дете, чиито родители нямат сключен брак, правата върху детето се установяват с едновременно писмено съгласие и паспортни данни за родителите, отразено в История на заболяването.

Родителите могат да посещават детето си само в определените за свиждане дни и часове.

Сведения за състоянието на Вашето дете можете да получите само от лекуващия лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на детето Ви в продължение на целия престой - от деня на приемането до деня на изписване от клиниката. След подобряване на състоянието му, то ще бъде изписано.

Ако Вие пожелаете детето да бъде изписано преди приключване на необходимия за лечението срок, е необходимо да заявите това писмено в История на заболяването, с което снемате отговорността от лекуващия лекарски екип.

КП № 47 ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНА ХРОНИЧНА ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 47.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНА ХРОНИЧНА ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой –10 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Последици от туберкулоза

Включва:

B90.9 Късни последици от туберкулоза на дихателните органи

Саркоидоза

D86.0 Саркоидоза на белите дробове

Емфизем

Не включва: емфизем:

- компенсаторен (J98.3)
- предизвикан от химични агенти, газове, дим и пари (J68.4)
- интерстициален (J98.2)
- на новородено (P25.0)
- медиастинален (J98.2)
- хирургичен (подкожен) (T81.8)
- травматичен подкожен (T79.7)
- с хроничен (обструктивен) бронхит (J44.—)
- емфизематозен (обструктивен) бронхит (J44.—)

J43.0 Синдром на MacLeod

Едностранен:

- емфизем
- прозрачност на белия дроб

J43.1 Панлобуларен емфизем

Панацинозен емфизем

J43.2 Центрилобуларен емфизем

Друга хронична обструктивна белодробна болест

Включва: хроничен(-ни):

- бронхит:
 - астматичен (обструктивен)
 - емфизематозен
- с:
 - обструкция на дихателните пътища
 - емфизем
- обструктивни:
 - астма
 - бронхит
 - трахеобронхит

Не включва: астма (J45.—)

астматичен бронхит БДУ (J45.9)

бронхоектазия (J47)

хроничен:

- бронхит:
 - БДУ (J42)

- обикновен и слузно-гноен (J41.—)
 - трахеит (J42)
 - трахеобронхит (J42)
- емфизем (J43.—)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)

J44.0 Хронична обструктивна белодробна болест с остра респираторна инфекция на долните дихателни пътища
Не включва: с грип (J10—J11)

J44.1 Хронична обструктивна белодробна болест с обостряне, неуточнена

J44.8 Друга уточнена хронична обструктивна белодробна болест
Хроничен бронхит:

- астматичен (обструктивен) БДУ
- емфизематозен БДУ
- обструктивен БДУ

J46 Астматичен статус [status asthmaticus]
Остра тежка астма

J47 Бронхиектатична болест
Бронхиолектазии
Не включва: вродени бронхоектазии (Q33.4)
туберкулозни бронхоектазии (активни) (A15—A16)

J60 Пневмокониоза на въглекопачите
Антракосиликоза
Антракоза
Бял дроб на въглекопачите

J61 Пневмокониоза, причинена от азбест и други минерални вещества
Азбестоза

Пневмокониоза, причинена от прах, съдържаща силиций

Включва: силициева фиброза (масивна) на белия дроб
Не включва: пневмокониоза с туберкулоза (J65)

J62.0 Пневмокониоза, причинена от талк

J62.8 Пневмокониоза, причинена от друга прах, съдържаща силиций
Силикоза БДУ

Пневмокониоза, причинена от друга неорганична прах

Не включва: с туберкулоза (J65)

J63.0 Алуминоза (на белия дроб)

J63.1 Бокситна фиброза (на белия дроб)

J63.2 Берилиоза

J63.3 Графитна фиброза (на белия дроб)

J63.4 Сидероза

J63.5 Стеноза

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти

J70.1 Хронични и други белодробни прояви, причинени от радиация
Фиброза на белия дроб, дължаща се на радиация

J70.3 Хронични интерстициални белодробни нарушения, причинени от лекарствени средства

Други интерстициални белодробни болести

Не включва: интерстициални болести на белия дроб, причинени от лекарствени средства (J70.2—J70.4)
интерстициален емфизем (J98.2)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
лимфоиден интерстициален пневмонит, причинен от HIV-вирус (B22.1)

J84.0 Алвеоларни и парieto-алвеоларни нарушения

Алвеоларна протеиноза
Белодробна алвеоларна микролитиаза

J84.1 Други интерстициални белодробни болести с фиброза

Дифузна белодробна фиброза
Фиброзиращ алвеолит (криптогенен)
Синдром на Hamman-Rich
Идиопатична белодробна фиброза

Не включва: белодробна фиброза (хронична):
• причинена от вдишване на химични вещества, газове, дим или пари (J68.4)
• причинена от облъчване (J70.1)

J84.8 Други уточнени интерстициални белодробни болести

Респираторни нарушения след медицински процедури, неклассифицирани другаде

Не включва: емфизем (подкожен) следпроцедурен (T81.8)
белодробни прояви, причинени от радиация (J70.0—J70.1)

J95.3 Хронична белодробна недостатъчност, дължаща се на операция

Дихателна недостатъчност, неклассифицирана другаде

Не включва: кардио-респираторна недостатъчност (R09.2)
следпроцедурна дихателна недостатъчност (J95.—)
• спиране на дишането (R09.2)
• респираторен [дистрес] синдром:
• при възрастни (J80)
• при новородено (P22.0)

J96.0 Остра дихателна недостатъчност

J96.1 Хронична дихателна недостатъчност

Вродени аномалии на белия дроб

Q33.0 Вродена белодробна кистоза

Q33.4 Вродена бронхиектазия

Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб

Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб

Декомпенсираната хронична ДН се кодира с код J96.1 като се отнася за състояние на “остра при хронична ДН” и се вписва като основна диагноза. Това дефинира причината за включване на болния в тази клинична пътека.

Като втори код задължително се посочва някоя от останалите диагнози в клиничната пътека за определяне причината, довела до “остра при хронична ДН”. Когато се приложи механична вентилация при болен с “Астматичен статус” J46 (остра тежка астма) като основна диагноза се кодира J96.0 “Остра дихателна недостатъчност.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])
Друго измерване на дихателна функция	
11506-00	Други изследвания на дихателна функция Дихателен функционален тест } Спирометрия } БДУ
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ]
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
1926	Микробиологични изследвания
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 хрчка за култура и чувствителност
1923	Хематологични изследвания
Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, левкограма; Биохимични изследвания – креатинин, кръвна захар, електролити;	
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций

91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване

□ 1615

Каталитична кислородотерапия

Циторедуктивен ефект

Кислородотерапия

Оксигенатори

Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане]
[контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба –
трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация

- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)

- назална

- орална

- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с
някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:

- перкутанна (41880-00 [536])

- постоянна (41881-01 [536])

- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00
[568])

дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])

вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])

неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които две са задължителни 58500-00 и 13842-01 и три основни терапевтични процедури, от които една е задължителна 13882-00 или 13882-01, или 13882-02, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

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

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;

- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Анестезия и интензивно лечение", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 пневмология и фтизиатрия с легла за интензивно лечение или Клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение
2. Клинична лаборатория с възможност за КГА
3. Структура по образна диагностика, за стандартни и контрастни рентгенови изследвания, ехография, изсл. на кръвоносни съдове
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия)

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия III ниво на компетентност - трима лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия и един със сертификат за бронхоскопия

или

- в клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение II ниво на компетентност
- четирима лекари със специалност;
 - лекар със специалност по клинична лаборатория;
 - лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и провеждане на активно лечение при пациенти с:

1.1. развитие на остра при установена вече хронична дихателна недостатъчност се хоспитализират, когато поради неуспех от прилаганата за основното белодробно заболяване терапия (засилване на диспнеята, поява или прогресия на сърдечна недостатъчност при хронично белодробно сърце, и др.), необходимост от кислородотерапия, или усложнения, поради което лечението не може продължи и да бъде завършено успешно в амбулаторни условия.

1.2. всички болни с остра при хронична дихателна недостатъчност и остро снижение на PaO_2 под 60 mmHg (под 50 mmHg за фиксирана III степен хронична дихателна недостатъчност) или $SaO_2 < 90\%$, са показани за хоспитализация, независимо от конкретната хронична белодробна патология, която е причина за хронична дихателна недостатъчност;

1.3. декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност:

- дихателна честота $> 25/\text{мин}$; сърдечна честота $> 110/\text{мин}$; участие на допълнителна/умора на дихателна мускулатура; инспираторен тираж; нарастваща хипоксемия (снижение на PaO_2 с 10 mm Hg спрямо стабилното състояние); новопоявила се ($PaCO_2 > 45$ mmHg) / нарастваща хиперкапния ($PaCO_2 > 60$ mmHg);

2. Провеждане на интензивно лечение при пациенти със:

- 2.1. тежка диспнея, неповлияна от лечението в предишните етапи;
- 2.2. промени в съзнанието;
- 2.3. умора на дихателната мускулатура;
- 2.4. влошаваща се артериална хипоксемия ($PaO_2 < 50$ mmHg), въпреки кислородотерапия;
- 2.5. нарастваща хиперкапния ($PaCO_2 > 70$ mmHg) и ацидемия ($pH < 7.25$);
- 2.6. необходимост от механична вентилация.

Декомпенсация на хронична ДН – състояние на бързо влошаване на клиничните прояви и артериалните кръвни газове при болни с хронична ДН и хронична белодробна патология.

Според степента на отклоненията в КГА определяме три степени на стабилна хронична ДН:

първа – снижение на PaO_2 до 65 mmHg, без хиперкапния;

втора – PaO_2 55-65 mmHg, без или с хиперкапния, но $PaCO_2 \leq 55$ mmHg;

трета – $PaO_2 < 55$ mmHg, без или с различна по степен хиперкапния.

Декомпенсация на хронична ДН може да настъпи при всяка от посочените степени.

Основни критерии (освен клиничните) са задълбочаваща се хипоксемия (спадане на PaO_2 с ≥ 10 mm Hg) и поява/нарастване на хиперкапнията спрямо стабилното състояние.

Критерии за декомпенсация на хронична ДН:

- дихателна честота $> 25/\text{мин}$; сърдечна честота $> 110/\text{мин}$;

- участие на допълнителна / умора на дихателна мускулатура;
- инспираторен тираж;
- нарастваща хипоксемия (снижение на PaO_2 с ≥ 10 mm Hg спрямо стабилното състояние);
- новопоявила се ($\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg) / нарастваща хиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg).

При преценката на болни със стабилна хронична ДН III-та степен ($\text{PaO}_2 < 55$ mmHg) основни критерии, обосноваващи хоспитализацията са промяна в клиничното състояние, поява/нарастване на хиперкапнията и наличие на декомпенсирано в различна степен хронично белодробно сърце.

Показания за хоспитализация в интензивна структура на пневмологично отделение:

- неповлияваща се или прогресираща симптоматика (въпреки лечението); задълбочаваща се артериална хипоксемия ($\text{PaO}_2 < 60$ mmHg);
- новопоявила се или нарастваща хиперкапния;
- прогресираща декомпенсация на хронично белодробно сърце;
- планирани инвазивни диагностични процедури с риск за развитие на остра ДН;
- тежка съпътстваща патология.

Показания за хоспитализация в интензивно отделение:

- тежка диспнея, неповлияна от лечението в предишните етапи;
- промени в съзнанието;
- умора на дихателната мускулатура;
- влошаваща се артериална хипоксемия ($\text{PaO}_2 < 50$ mmHg), въпреки кислородотерапия;
- нарастваща хиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 70$ mmHg) и ацидемия ($\text{pH} < 7.25$);
- необходимост от механична вентилация.

Всички болни, отговарящи на един или повече от посочените критерии и показания, подлежат на неотложна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение. При показания за лечение в специализирано отделение болните се насочват за хоспитализация според действащите нормативни разпоредби.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Медико-диагностични изследвания (вкл. КГА) се извършват до 12 часа от хоспитализацията.

Задължителен елемент на лечението е кислородотерапията. Тя е непрекъсната, дозирана и контролирана. Контролен КГА 60 мин след започването ѝ и според клиничното състояние в следващите дни за документиране промените.

Основни групи медикаменти:

- Кислород
- Бронходилататори
- Антибактериални средства
- Кортикостероиди

- Секретолитици
- Антикоагуланти
- Диуретици и кардиоактивни медикаменти (вазодилатори, инотропни и др.)

Използването и дозировката на различните групи медикаменти при лечението на острата при хронична ДН се съобразява с патогенетичните механизми и причините за развитието ѝ, и основното белодробно заболяване. Решението за интубация и механична вентилация се взема след обсъждане на показанията и противопоказанията от лекуващия екип, документирано в ИЗ обсъждане с болния и/или роднините му и получаване на съгласието им, когато е възможно това (не се налага по витални индикации). При неуспех от консервативното лечение на декомпенсираната хронична дихателна недостатъчност (състоянието не се подобрява или се влошава), ще се обсъди възможността (показания и противопоказания) за интубация и механична вентилация.

Показания за интубация и механична вентилация при остра при хронична ДН:

- Белези на умора на дихателна мускулатура и абдоминален парадокс;
- Задълбочаваща се респираторна ацидоза с pH под 7.25;
- Некоригираща се хипоксемия ($PaO_2 < 50 \text{ mmHg}$) въпреки кислородотерапия;
- Нарушено съзнание и/или дезориентираност, възбуда и невазможност да съдейства за провеждане лечението.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011 г.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се въз основа на клиничната картина, патологични параметри на КГА, рентгенографията на гръден кош, резултати от инструментални и лабораторни изследвания, които са необходими за доказване /потвърждаване на основната диагноза.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

1. овладяна симптоматика и причина за развитие на остра при хронична дихателна недостатъчност;
2. подобрени (стабилни) параметри на КГА;
3. уточнена терапия и поведение в амбулаторни условия;
4. рехабилитация и обучение на болните.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вие страдате от хронично заболяване на органите на дишането, което с течение на времето е довело до различни по тежест нарушения в нормалната им функция. Много болести на белите дробове и гръдната клетка могат да причинят затруднено снабдяване с необходимия за живота кислород. Това състояние се определя като **дихателна недостатъчност**. Тя може да се развие много бързо (дни) или по-бавно (седмици) и да бъде основна причина за тежко нарушение на дейността на други жизнено важни органи (мозък, сърце, бъбреци). Основно оплакване е затрудненото дишане (“недостиг на въздух”), “посиняване” на устните, езика, пръстите. Това е хронично състояние, което може да прогресира бавно или да се влоши остро по различни причини и да наложи приемането Ви по спешност за лечение в болница. Провежданото в домашни условия лечение в тези случаи не винаги може да бъде успешно.

Вашият лекар е преценил, че е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на дишането и/или сърдечната дейност. През времетраенето на престоя в болницата ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметете за важни.

Вашият престой в клиниката ще продължи до стабилизиране на състоянието Ви. Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгенова снимка на белия дроб, и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани и поискано съгласието Ви преди извършването им.

Вашето лечение ще включва различни лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), антибиотици при наличие на инфекция, кислород и др., включително “подпомагане на дишането с апарат”, за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалация, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат ежедневно да посещават клиниката, но посещенията при Вас трябва да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в клиниката/отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващия Ви екип.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако желаете да прекратите лечението, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност, но Вие и близките Ви не може да имате претенции към болницата, където Ви е предложено лечение. Моля запомнете, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

Ако имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията, правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ние ще следим здравословно Ви състояние по време на целия престой от деня на приемането в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след постъпването Ви в болницата?

Лекуващият Ви лекар ще Ви разпита, прегледа и ще назначи необходими изследвания, които не са направени преди постъпването в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка на състоянието Ви ще бъде назначено лечение със споменатите лекарства, кислород, както и с други медикаменти според необходимото. Ако състоянието Ви не се подобри или се влошава, изпитвате непреодолима умора (затруднение) при дишане и недостиг на въздух, ще се обсъди възможността (показания и противопоказания) за започване на механично подпомагане на дишането с апарат (обдишване с респиратор). Започването му ще стане само след получаване на изрично съгласие от Вас или роднините Ви.

Обдишването с респиратор се осъществява чрез поставяне през устата на тръба (интубация) в трахеята Ви (дихателната тръба). Тя се свързва с респиратора и той ще започне да подпомага или напълно ще замести Вашето дишане. Това се нарича “механична вентилация”. В началото може да се наложи приложението на успокояващи медикаменти за различно време докато привикнете към работата на апарата (респиратора). Много важно е да останете спокоен(-на), да не се съпротивлявате на апарата с опити за дишане и да не се опитвате да извадите тръбата от устата.

Вашето състояние ще бъде непрекъснато наблюдавано и контролирано от медицинския екип и апаратурата (монитори), която следи постоянно Вашето дишане, сърдечна дейност, кръвно налягане и количеството кислород в кръвта (сатурацията). Важно е да знаете, че по време на “механичната вентилация” няма да можете да говорите, но ще може да напишете (ако сте в състояние) Вашите въпроси или оплаквания.

След като се стабилизира Вашето състояние и лекуващият екип прецени, че е възможно, ще се пристъпи към постепенно “отвикване от апарата” като ще бъдете временно оставян(-а) да дишате самостоятелно без помощта на апарата. Това не бива да Ви притеснява защото ако се уморите (преценява се чрез проследяване на дишането, сърдечна честота, кислород в кръвта и др.) веднага ще бъдете отново включен към апарата. Ако след като сте дишал(-а) самостоятелно достатъчно дълго (обикновено 12-24 часа) без да се уморите и без да се влошат показателите Ви ще бъде извадена тръбата от трахеята и лечението ще бъде продължено като вече дишате самостоятелно.

Ако не сте разбрали напълно написаното, имате въпроси или съмнение за ползата от това лечение, задължително трябва да обсъдите това с лекуващия Ви лекар и роднините Ви, за да може да се вземе най-правилното за Вас решение.

КП № 47 ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНА ХРОНИЧНА ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 47.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНА ХРОНИЧНА ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой –10 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Последици от туберкулоза

Включва:

B90.9 Късни последици от туберкулоза на дихателните органи

Саркоидоза

D86.0 Саркоидоза на белите дробове

Емфизем

Не включва: емфизем:

- компенсаторен (J98.3)
- предизвикан от химични агенти, газове, дим и пари (J68.4)
- интерстициален (J98.2)
- на новородено (P25.0)
- медиастинален (J98.2)
- хирургичен (подкожен) (T81.8)
- травматичен подкожен (T79.7)
- с хроничен (обструктивен) бронхит (J44.—)
- емфизематозен (обструктивен) бронхит (J44.—)

J43.0 Синдром на MacLeod

Едностранен:

- емфизем
- прозрачност на белия дроб

J43.1 Панлобуларен емфизем

Панацинозен емфизем

J43.2 Центрилобуларен емфизем

Друга хронична обструктивна белодробна болест

Включва: хроничен(-ни):

- бронхит:
 - астматичен (обструктивен)
 - емфизематозен
- с:
 - обструкция на дихателните пътища
 - емфизем
- обструктивни:
 - астма
 - бронхит
 - трахеобронхит

Не включва: астма (J45.—)

астматичен бронхит БДУ (J45.9)

бронхоектазия (J47)

хроничен:

- бронхит:
 - БДУ (J42)

- обикновен и слузно-гноен (J41.—)
 - трахеит (J42)
 - трахеобронхит (J42)
- емфизем (J43.—)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)

J44.0 Хронична обструктивна белодробна болест с остра респираторна инфекция на долните дихателни пътища
Не включва: с грип (J10—J11)

J44.1 Хронична обструктивна белодробна болест с обостряне, неуточнена

J44.8 Друга уточнена хронична обструктивна белодробна болест
Хроничен бронхит:

- астматичен (обструктивен) БДУ
- емфизематозен БДУ
- обструктивен БДУ

J46 Астматичен статус [status asthmaticus]
Остра тежка астма

J47 Бронхиектатична болест
Бронхиолектазии
Не включва: вродени бронхоектазии (Q33.4)
туберкулозни бронхоектазии (активни) (A15—A16)

J60 Пневмокониоза на въглекопачите
Антракосиликоза
Антракоза
Бял дроб на въглекопачите

J61 Пневмокониоза, причинена от азбест и други минерални вещества
Азбестоза

Пневмокониоза, причинена от прах, съдържаща силиций

Включва: силициева фиброза (масивна) на белия дроб
Не включва: пневмокониоза с туберкулоза (J65)

J62.0 Пневмокониоза, причинена от талк

J62.8 Пневмокониоза, причинена от друга прах, съдържаща силиций
Силикоза БДУ

Пневмокониоза, причинена от друга неорганична прах

Не включва: с туберкулоза (J65)

J63.0 Алуминоза (на белия дроб)

J63.1 Бокситна фиброза (на белия дроб)

J63.2 Берилиоза

J63.3 Графитна фиброза (на белия дроб)

J63.4 Сидероза

J63.5 Стеноза

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти

J70.1 Хронични и други белодробни прояви, причинени от радиация
Фиброза на белия дроб, дължаща се на радиация

J70.3 Хронични интерстициални белодробни нарушения, причинени от лекарствени средства

Други интерстициални белодробни болести

Не включва: интерстициални болести на белия дроб, причинени от лекарствени средства (J70.2—J70.4)
интерстициален емфизем (J98.2)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
лимфоиден интерстициален пневмонит, причинен от HIV-вирус (B22.1)

J84.0 Алвеоларни и парieto-алвеоларни нарушения

Алвеоларна протеиноза

Белодробна алвеоларна микролитиаза

J84.1 Други интерстициални белодробни болести с фиброза

Дифузна белодробна фиброза

Фиброзиращ алвеолит (криптогенен)

Синдром на Hamman-Rich

Идиопатична белодробна фиброза

Не включва: белодробна фиброза (хронична):

- причинена от вдишване на химични вещества, газове, дим или пари (J68.4)
- причинена от облъчване (J70.1)

J84.8 Други уточнени интерстициални белодробни болести

Респираторни нарушения след медицински процедури, неклассифицирани другаде

Не включва: емфизем (подкожен) следпроцедурен (T81.8)
белодробни прояви, причинени от радиация (J70.0—J70.1)

J95.3 Хронична белодробна недостатъчност, дължаща се на операция

Дихателна недостатъчност, неклассифицирана другаде

Не включва: кардио-респираторна недостатъчност (R09.2)
следпроцедурна дихателна недостатъчност (J95.—)
• спиране на дишането (R09.2)
• респираторен [дистрес] синдром:
 • при възрастни (J80)
 • при новородено (P22.0)

J96.0 Остра дихателна недостатъчност

J96.1 Хронична дихателна недостатъчност

Вродени аномалии на белия дроб

Q33.0 Вродена белодробна кистоза

Q33.4 Вродена бронхиектазия

Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб

Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб

Декомпенсираната хронична ДН се кодира с код J96.1 като се отнася за състояние на “остра при хронична ДН” и се вписва като основна диагноза. Това дефинира причината за включване на болния в тази клинична пътека.

Като втори код задължително се посочва някоя от останалите диагнози в клиничната пътека за определяне причината, довела до “остра при хронична ДН”. Когато се приложи механична вентилация при болен с “Астматичен статус” J46 (остра тежка астма) като основна диагноза се кодира J96.0 “Остра дихателна недостатъчност.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])
Друго измерване на дихателна функция	
11506-00	Други изследвания на дихателна функция Дихателен функционален тест } Спирометрия } БДУ
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ]
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
1926	Микробиологични изследвания
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 хрчка за култура и чувствителност
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
1924	Биохимични изследвания

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
92044-00 ▽ 1615	Друго кислородно обогатяване Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори <i>Не включва:</i> хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])

вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които две са задължителни 58500-00 и 13842-01 и три основни терапевтични процедури, от които една е задължителна 13882-00 или 13882-01, или 13882-02, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

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

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;

- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
 - подпис на лекаря, извършил изследването.
- Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Анестезия и интензивно лечение", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 анестезиология и интензивно лечение или Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия с легла за интензивно лечение
2. Клинична лаборатория с възможност за КГА
3. Структура по образна диагностика, за стандартни и контрастни рентгенови изследвания, ехография, изсл. на кръвоносни съдове
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия)

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- в клиника/отделение по педиатрия за III ниво на компетентност - четирима лекари със специалност по педиатрия;

или

лекар със специалност по детска пневмология и фтизиатрия с допълнителна квалификация (сертификат) по интензивно лечение

или лекар със специалност по педиатрия с допълнителна квалификация в областта на интензивната терапия

или

в клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение II ниво на компетентност - четирима лекари със специалност;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и провеждане на активно лечение при пациенти с:

1.1. развитие на остра при установена вече хронична дихателна недостатъчност се хоспитализират, когато поради неуспех от прилаганата за основното белодробно заболяване терапия (засилване на диспнеята, поява или прогресия на сърдечна недостатъчност при хронично белодробно сърце, и др.), необходимост от кислородотерапия, или усложнения, поради което лечението не може продължи и да бъде завършено успешно в амбулаторни условия.

1.2. всички болни с остра при хронична дихателна недостатъчност и остро снижение на PaO_2 под 60 mmHg (под 50 mmHg за фиксирана III степен хронична дихателна недостатъчност) или $SaO_2 < 90\%$, са показани за хоспитализация, независимо от конкретната хронична белодробна патология, която е причина за хронична дихателна недостатъчност;

1.3. декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност:

- тахипнея над определените нормални стойности, съобразени с възрастта на детето; тахикардия над определените нормални стойности, съобразени с възрастта на детето; участие на допълнителната/умора на дихателната мускулатура; тотален тираж; хипоксемия PaO_2 под 60 mm Hg; поява или нарастване на хиперкапния.

2. Провеждане на интензивно лечение при пациенти със:

2.1. тежка диспнея, неповлияна от лечението в предишните етапи;

2.2. промени в съзнанието;

2.3. умора на дихателната мускулатура;

2.4. влошаваща се артериална хипоксемия ($PaO_2 < 50$ mmHg), въпреки кислородотерапия;

2.5. нарастваща хиперкапния ($PaCO_2 > 70$ mmHg) и ацидемия ($pH < 7.25$);

2.6. необходимост от механична вентилация.

Декомпенсация на хронична ДН – състояние на бързо влошаване на клиничните прояви и артериалните кръвни газове при болни с хронична ДН и хронична белодробна патология.

Според степента на отклоненията в КГА определяме три степени на стабилна хронична ДН:

първа – снижение на PaO_2 до 65 mmHg, без хиперкапния;

втора – PaO_2 55-65 mmHg, без или с хиперкапния, но $\text{PaCO}_2 \leq 55$ mmHg;

трета – $\text{PaO}_2 < 55$ mmHg, без или с различна по степен хиперкапния.

Декомпенсация на хронична ДН може да настъпи при всяка от посочените степени.

Основни критерии (освен клиничните) са задълбочаваща се хипоксемия (спадане на PaO_2 с ≥ 10 mm Hg) и поява/нарастване на хиперкапнията спрямо стабилното състояние.

Показания за хоспитализация в интензивно отделение:

- тежка диспнея, неповлияна от лечението в предишните етапи;
- промени в съзнанието;
- умора на дихателната мускулатура;
- влошаваща се артериална хипоксемия ($\text{PaO}_2 < 50$ mmHg), въпреки кислородотерапия;
- нарастваща хиперкапния ($\text{PaCO}_2 > 70$ mmHg) и ацидемия ($\text{pH} < 7.25$);
- необходимост от механична вентилация.

Всички болни, отговарящи на един или повече от посочените критерии и показания, подлежат на неотложна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение. Хоспитализацията на лица под 18 години се извършва само в интензивно отделение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Медико-диагностични изследвания (вкл. КГА) се извършват до 12 часа от хоспитализацията.

Задължителен елемент на лечението е кислородотерапията. Тя е непрекъсната, дозирана и контролирана. Контролен КГА 60 мин след започването ѝ и според клиничното състояние в следващите дни за документиране промените.

Основни групи медикаменти:

- Кислород
- Бронходилататори
- Антибактериални средства
- Кортикостероиди
- Секретолитици
- Антикоагуланти
- Диуретици и кардиоактивни медикаменти (вазодилататори, инотропни и др.)

Използването и дозировката на различните групи медикаменти при лечението на острата при хронична ДН се съобразява с патогенетичните механизми и причините за развитието ѝ, и основното белодробно заболяване. Решението за интубация и механична вентилация се взема след обсъждане на показанията и противопоказанията от лекуващия екип, документирано в ИЗ обсъждане с болния и/или роднините му и получаване на съгласието им, когато е възможно това (не се налага по витални индикации). При неуспех от консервативното лечение на декомпенсираната хронична дихателна недостатъчност (състоянието не се подобрява или се влошава), ще се обсъди възможността (показания и противопоказания) за интубация и механична вентилация.

Показания за интубация и механична вентилация при остра при хронична ДН:

- Белези на умора на дихателна мускулатура и абдоминален парадокс;
- Задълбочаваща се респираторна ацидоза с pH под 7.25;
- Некоригираща се хипоксемия ($PaO_2 < 50 \text{ mmHg}$) въпреки кислородотерапия;
- Нарушено съзнание и/или дезориентираност, възбуда и невъзможност да съдейства за провеждане лечението.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се въз основа на клиничната картина, патологични параметри на КГА, рентгенографията на гръден кош, резултати от инструментални и лабораторни изследвания, които са необходими за доказване /потвърждаване на основната диагноза.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

1. овладяна симптоматика и причина за развитие на остра при хронична дихателна недостатъчност;
2. подобрени (стабилни) параметри на КГА;
3. уточнена терапия и поведение в амбулаторни условия;
4. рехабилитация и обучение на болните.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ НА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вашето дете страда от хронично заболяване на органите на дишането, което с течение на времето е довело до различни по тежест нарушения в нормалната им функция. Много болести на белите дробове и гръдната клетка могат да причинят затруднено снабдяване с необходимия за живота кислород. Това състояние се определя като **дихателна недостатъчност**. Тя може да се развие много бързо (дни) или по-бавно (седмици) и да бъде основна причина за тежко нарушение на дейността на други жизнено важни органи (мозък, сърце, бъбреци). Основно оплакване е затрудненото дишане (“недостиг на въздух”), “посиняване” на устните, езика, пръстите. Това е хронично състояние, което може да прогресира бавно или да се влоши остро по различни причини и да наложи приемането Ви по спешност за лечение в болница. Провежданото в домашни условия лечение в тези случаи не винаги може да бъде успешно.

Лекар е преценил, че е необходимо детето да постъпи в болница, където ще бъде лекувано в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на дишането и/или сърдечната дейност. През времетраенето на престоя в болницата ще се провежда назначеното лечение, следва да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметете за важни.

Престоят в клиниката ще продължи до стабилизиране на състоянието. Ще бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгенова снимка на белия дроб, и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани и поискано съгласието Ви преди извършването им.

Лечението ще включва различни лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), антибиотици при наличие на инфекция, кислород и др., включително “подпомагане на дишането с апарат”, за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалация, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат ежедневно да посещават клиниката, но посещенията трябва да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в клиниката/отделението и възможностите на лекуващия Ви екип.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението има неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако желаете да прекратите лечението, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност, но Вие не може да имате претенции към болницата, където е предложено лечението. Моля запомнете, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето дете.

Ако имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията, правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ние ще следим здравословно състояние на детето по време на целия престой от деня на приемането в болницата, докато състоянието му се подобри и стане възможно изписването или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след постъпването Ви в болницата?

Лекуващият лекар ще Ви разпита, прегледа детето и ще назначи необходими изследвания, които не са направени преди постъпването в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка на състоянието ще бъде назначено лечение със споменатите лекарства, кислород, както и с други медикаменти според необходимото. Ако състоянието на детето не се подобри или се влошава, изпитва непреодолима умора (затруднение) при дишане и недостиг на въздух, ще се обсъди възможността (показания и противопоказания) за започване на механично подпомагане на дишането с апарат (обдишване с респиратор). Започването му ще стане само след получаване на изрично съгласие от Вас.

Обдишването с респиратор се осъществява чрез поставяне през устата на тръба (интубация) в трахеята (дихателната тръба). Тя се свързва с респиратора и той ще започне да подпомага или напълно ще замести дишането. Това се нарича "механична вентилация". В началото може да се наложи приложението на успокояващи медикаменти за различно време докато детето привикне към работата на апарата (респиратора). Много важно е детето да остане спокойно, да не се съпротивлява на апарата с опити за дишане и да не се опитва да извадите тръбата от устата.

Състоянието на детето ще бъде непрекъснато наблюдавано и контролирано от медицинския екип и апаратурата (монитори), която следи постоянно дишане, сърдечна дейност, кръвно налягане и количеството кислород в кръвта (сатурацията). Важно е да знаете, че по време на "механичната вентилация" детето няма да може да говори, но ще може да напише (ако е в състояние) въпроси или оплаквания.

След като се стабилизира състоянието му и лекуващият екип прецени, че е възможно, ще се пристъпи към постепенно "отвикване от апарата" като ще бъде временно оставяно да диша самостоятелно без помощта на апарата. Това не бива да Ви притеснява защото ако се умори (преценява се чрез проследяване на дишането, сърдечна честота, кислород в кръвта и др.) веднага ще бъде отново включено към апарата. Ако след като е дишало самостоятелно достатъчно дълго (обикновено 12-24 часа) без да се умори и без да се влошат показателите му ще бъде извадена тръбата от трахеята и лечението ще бъде продължено като вече диша самостоятелно.

Ако не сте разбрали напълно написаното, имате въпроси или съмнение за ползата от това лечение, задължително трябва да обсъдите това с лекуващия лекар и роднините Ви, за да може да се вземе най-правилното за Вас решение.

КП № 48 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХОПНЕВМОНИЯ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Минимален болничен престой – 5 дни

При диагнози U07.1 COVID-19 и U07.2 COVID-19 минималният болничен престой продължава до края на диагностично-лечебния процес или постигане на състояние „клинично здрав“ за пациента и/или до края на въведения карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вирусна пневмония, некласифицирана другаде

Включва: бронхопневмония, причинена от други вируси, различни от вируса на грипа

Не включва: вроден пневмонит при рубеола (P35.0)

пневмония:

- аспирациона:
- БДУ (J69.0)
- при анестезия по време на:
 - раждане и родоразрешаване (O74.0)
 - бременност (O29.0)
 - послеродов период (O89.0)
- неонатална (P24.9)
- при вдишване на твърди и течни вещества (J69.—)
- вродена (P23.0)
- при грип (J10.0, J11.0)
- интерстициална БДУ (J84.9)
- липоидна (J69.1)

J12.0 Аденовирусна пневмония

J12.1 Пневмония, причинена от респираторно синцитиален вирус

J12.2 Пневмония, причинена от вируса на парагрипа

J12.8 Друга вирусна пневмония

J13 Пневмония, причинена от *Streptococcus pneumoniae*

Бронхопневмония, причинена от *S. pneumoniae*

Не включва: вродена пневмония, причинена от *S. pneumoniae* (P23.6)
пневмония, причинена от други стрептококи (J15.3—J15.4)

J14 Пневмония, причинена от *Haemophilus influenzae*

Бронхопневмония, причинена от *H. influenzae*

Не включва: вродена пневмония, причинена от *H. influenzae* (P23.6)

Бактериална пневмония, некласифицирана другаде

Включва: бронхопневмония, причинена от други бактерии, различни от *S. pneumoniae* и *H. influenzae*

Не включва: пневмония, причинена от хламидии (J16.0)

вродена пневмония (P23.—)

болест на легионерите (A48.1)

J15.0 Пневмония, причинена от *Klebsiella pneumoniae*

J15.1 Пневмония, причинена от *Pseudomonas*

J15.2 Пневмония, причинена от стафилокок

J15.3 Пневмония, причинена от стрептокок група B

J15.4 Пневмония, причинена от други стрептококи

Не включва: пневмония, причинена от:

- стрептокок група В (J15.3)
- *Streptococcus pneumoniae* (J13)

J15.5 Пневмония, причинена от *Escherichia coli*

J15.6 Пневмония, причинена от други аеробни грам-отрицателни бактерии
Пневмония, причинена от *Serratia marcescens*

J15.7 Пневмония, причинена от *Mycoplasma pneumoniae*

J15.8 Други бактериални пневмонии

Пневмония, причинена от други инфекциозни агенти, неклассифицирана другаде

Не включва: орнитоза (A70)
пнеумоцистоза (B59)
пневмония:
• БДУ (J18.9)
• вродена (P23.—)

J16.0 Пневмония, причинена от хламидии

J16.8 Пневмония, причинена от други уточнени инфекциозни агенти

Пневмония без уточнен причинител

Не включва: абсцес на белия дроб с пневмония (J85.1)
лекарствено причинени интерстициални белодробни нарушения (J70.2—J70.4)
пневмония:
• аспирациона:
• БДУ (J69.0)
• при анестезия по време на:
• раждане и родоразрешаване (O74.0)
• бременност (O29.0)
• последродов период (O89.0)
• неонатална (P24.9)
• при вдишване на твърди и течни вещества (J69.—)
• вродена (P23.9)
• интерстициална БДУ (J84.9)
• липоидна (J69.1)
пневмонит, причинен от външни агенти (J67—J70)

J18.0 Бронхопневмония, неуточнена

Не включва: бронхиолит (J21.—)

J18.1 Лобарна пневмония, неуточнена

J18.8 Друга пневмония с неуточнен причинител

Пневмонит, причинен от твърди вещества и течности

Не включва аспирационен синдром на новороденото

J69.0 Пневмонит, причинен от храна и повърнати материи

J69.1 Пневмонит, причинен от вдишване на масла и есенции

J69.8 Пневмонит, причинен от други твърди вещества и течности

U07.1 COVID-19, идентифициран вирус

Този код се използва, когато COVID-19 е потвърден чрез лабораторно изследване, независимо от тежестта на клиничните признаци или симптоми. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.

Не включва:
коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2)

коронавирус като причина за болести, класифицирани другаде (B97.2)
тежък остър респираторен синдром (SARS), неуточнен (U04.9)

U07.2 COVID-19, неидентифициран вирус

COVID-19 БДУ

Този код се използва, когато COVID-19 е диагностициран клинично или епидемиологично, но лабораторните изследвания са неубедителни или не са налични. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.

Не включва:

коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2) COVID-19

потвърден чрез лабораторно изследване (U07.1)

специално скринингово изследване за откриване на други вирусни болести (Z11.5)

наблюдение при съмнение за други болести или състояния (Z03.8)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1960 Компютърна томография на гръден кош

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

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])

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция

Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия

Електрографично мониториране

Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания	
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
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
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за фосфати
при вирусна пневмония по показания:	
91903-00	Серологично изследване за Mycoplasma pneumoniae
91903-01	Серологично изследване за Бруцелоза IgM
91903-02	Серологично изследване за Borrelia (Лаймска болест)
91903-03	Серологично изследване за Rickettsia conorii (Марсилска треска)
91903-04	Серологично изследване за Лептоспироза
91903-05	Серологично изследване за Coxiella burnetii (Q треска)
91903-06	Серологично изследване за Bordetella pertussis
91922-07	Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
91903-07	Серологично изследване за респираторно-синцитиален вирус (RSV)
91903-08	Серологично изследване за грипен вирус А и Б
91903-09	Серологично изследване за ECHO вирус
92196-00	Серологично изследване за Coxsackie virus
91911-19	Други вирусологични изследвания
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер овлажняваща терапия
92044-00	Друго кислородно обогатяване Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори <i>Не включва:</i> хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури: 58500-00, 91929-02 или 92184-02, 91910-04; 91910-07; 91910-33; 91910-34; 91910-35 (при тежка пневмония е задължителна и четвърта

диагностична процедура - 91937-02) и две основни терапевтични процедури (една от които е 96199-02), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

При вирусна пневмония по показания: 91903-00, 91903-01, 91903-02, 91903-03, 91903-04, 91903-05, 91903-06, 91922-07, 91903-07, 91903-08 91903-09, 92196-00, 91911-19

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

Изисквания при обявена епидемична обстановка със заповед на министъра на здравеопазването по повод на **инфекция с COVID-19**:

1. пациенти с инфекция с COVID-19 се хоспитализират по една от следните клинични пътеки с № 39 или № 48 или № 104;

2. пациенти с бронхопневмония или бронхиолит, предизвикана от COVID-19, се хоспитализират по клинична пътека № 39 или № 48;

2а. в случаите на положителен резултат при приемане за хоспитализация или по време на хоспитализация на пациент с бронхопневмония, предизвикана от COVID-19, за поставяне на диагноза с код U07.1, лечебното заведение задължително отчита ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“.

3. пациенти без бронхопневмония или бронхит, но с инфекция от COVID-19 се хоспитализират по клинична пътека № 104;

4. в случай на издадена заповед от РЗИ за карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури се осъществява само по КП № 104;

5. лечебното заведение може да отчете само една от следните клинични пътеки с № 39 или № 48 или № 104 в рамките на същия отчетен период при лечението на пациент по повод на инфекция с COVID-19.

Забележка: При отчитане на заболяване „Вирусна пневмония“ или „Бронхиолит“, причинени от COVID-19 с код U07.1, изпълнителят задължително отчита и основна процедура с код: ВСМД „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ (код 92191-00) или тест за откриване на антиген на SARS-CoV-2 (код 92191-01). Високоспециализираното медико – диагностично изследване „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ може да бъде отчетено, независимо в кое лечебно заведение, определено със заповед на министъра на здравеопазването и има сключен договор с НЗОК е извършено.

Забележка: При извършено ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ преди хоспитализацията, същото ВСМДИ в болнични условия се означава с код 92191-00.“

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" – за новородени, отглеждани в структурата до 28-ия ден.

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

1. 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 по Детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия или Неонатологична клиника/отделение - II ниво
2. Рентгенов апарат за скопия и графия
3. Клинична лаборатория с възможност за КГА и КАС
4. Легла за интензивно лечение (съгласно стандарт по неонатология)

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология на територията на областта
2. Вирусологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

За провеждане на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по време на въведените от министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на

територията на цялата страна, лечебното заведение следва да е посочено в заповед на министъра на здравеопазването като изпълнител, съответно да има сключен договор с НЗОК. В случай че лечебното заведение не е изпълнител на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по договор с НЗОК, е необходимо да представи договор с друго лечебно заведение, посочено в заповед на министъра на здравеопазването.

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по педиатрия I-во ниво на компетентност - двама лекари със специалност по педиатрия
или

в клиника по детска пневмология и фтизиатрия III-то ниво – четирима лекари със специалност;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

В педиатрични отделения (клиники) се приемат пациенти до 18-годишна възраст, както и новородени след изписването им от структурата по неонатология (съгласно т. IV. от медицински стандарт „Педиатрия“). За новородените задължително е необходима консултация с неонатолог.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- в неонатологична клиника/отделение II-ро ниво на компетентност - един лекар със специалност по неонатология и двама със специалност Педиатрия и квалификация по неонатология

или

двама лекари със специалност Педиатрия и квалификация по неонатология;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на деца с бронхопневмония в случаите на:

1. възраст от 0 до 2 години и доказани рентгенологично възпалителни промени (едностранно или двустранно);
2. масивно засягане на белодробния паренхим (интерстициум) едностранно или двустранно;
3. тежко общо състояние на болното дете с изразен интоксикационен синдром, цианоза;
4. съчетание на друго основно заболяване с пневмония;
5. изразен интоксикационен синдром;
6. дихателна недостатъчност - II - III степен;
7. тахипнея (тахидиспнея) - до 1 год. - > 50/мин; 1 - 6 год. - > 40/мин; над 6 год. > 30/мин;
8. сформирание на разпад в пневмоничния възпалителен инфилтрат;
9. засягане на интерлобарната плевра или на голямата плеврална кухина;
10. прояви на сърдечно засягане по време на пневмоничния процес като негово усложнение, следствие или начало;
11. обтурационен тип ателектаза;
12. пневмония при неинфекциозни болести: чуждо тяло в дихателните пътища; вроден имунен дефицит; вродени белодробни аномалии.

За тежка се приема пневмония с поява на един или няколко от посочените критерии. Наличието на един или повече от тези критерии налага обсъждане за провеждане на лечение в интензивно отделение или консултация със специалист по детска пневмология и фтизиатрия.

Тежка пневмония – масивно едностранно или двустранно ангажиране на паренхима или интерстициума и изразена степен на дихателаннедостатъчност.

ПНЕВМОНИЯ при неинфекциозни болести:

- чуждо тяло в дихателните пътища;
- вроден имунен дефицит;
- вродени белодробни аномалии.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 24 часа от приемането.

Спирометрия – при приемането (когато състоянието на болния позволява) и преди дехоспитализацията.

Назначената от лечебното заведение рентгенография трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Хемокултурата е задължителна процедура при тежка пневмония.

Диагностични методи, чието приложение е задължително за уточняване на болестта:

- рентгенография или КАТ/МРТ;
- измерване на артериални кръвни газове или SaO₂ – пулсоксиметрия;
- серологично изследване – по показания;
- хемокултура – по показания при тежки пневмонии.

ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Принципи и насоки за антибактериална терапия при деца

Приложението на антибиотици при деца с пневмонии се обуславя от допускания (доказания) етиологичен причинител, рентгеновите промени, възрастта и тежестта на състоянието, като се прилагат i.v. минимум първите три дни от хоспитализацията.

В детската пневмологична практика е уместно **емпиричното** приложение на следните антибиотици:

Група антибиотици
Полусинтетични пеницилини
Цефалоспорици II генерация
Цефалоспорици III генерация
Цефалоспорици IV генерация
Карбапенеми
Аминоглюкозиди
Макролиди
Широкоспектърни антибиотици
Флуорохинолони (при деца над 14 год.)

Преценката за приложение на антибиотик от съответната група се определя от клиничната картина, физикалната находка, резултатите от ПКК и СУЕ, рентгено-морфологичните промени.

Поради възможността за емпием/абсцедиране при всеки болен с неадекватен клиничен отговор на лечението е необходимо повтаряне на рентгенографията.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина и характерен рентгенов образ, ПКК с диференциално броене и СУЕ, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение, и изключване на алтернативни диагнози.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

1. повлияване на фебрилния синдром;
2. отзвучаване на клиничните симптоми;
3. повлияване на физикалната белодробна находка;
4. нормализиране на стойностите от КГА или на сатурацията SpO_2 .

Контролната рентгенография на гръден кош - по преценка.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Както вече Ви е известно, детето Ви е заболяло от пневмония. Това е заболяване, ангажиращо белодробния паренхим. То е остро възпаление, причинено най-често от микроорганизми (бактерии, вируси и атипични причинители). Появява се бързо, може да прогресира, да предизвика нарушения в дихателната функция и често налага приемане в болница за лечение. Поради възможност за бързо прогресиране на болестта, провежданото в домашни условия лечение може да не бъде достатъчно и да доведе до необходимостта от провеждане и на кислородотерапия.

- Вашият лекар е преценил, че за по-нататъшно лечение, детето Ви трябва да постъпи в болница, където ще бъде лекувано в условията на детско/спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на белия му дроб и необходимост от лечение и проследяване, което не може да се осъществи в домашни условия.

- През времетраенето на периода на лечение детето Ви ще трябва да провежда назначеното лечение, да спазва предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметнете за важни.

- Престоят на детето Ви в клиниката ще продължи не по-малко от 5 дни. Ще бъдат направени различни изследвания, включително изследване на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани, за да дадете съгласие за извършването им.

- Лечението ще включва антибактериални средства, кислород при необходимост и др., за които ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно или през устата, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

- По принцип Вие или Ваши близки може да посещавате клиниката ежедневно, но е желателно посещенията да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с конкретните условия в отделението.

Какво ще стане след постъпването на детето Ви в болницата?

Лекуващият му лекар ще го прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до момента на настаняването в отделението не са направени. Те могат да включват изследване на дишането, електрокардиограма, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които ще бъдете информирани, ако това се наложи.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното здравословно състояние на детето Ви.

КП № 49 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХИОЛИТ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър бронхиолит

Включва: с бронхоспазм

- J21.0 Остър бронхиолит, причинен от респираторно-синцитиален вирус
J21.8 Остър бронхиолит, причинен от друг уточнен агент
J21.9 Остър бронхиолит, неуточнен

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такова на:

- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция

Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия

Електрографично мониториране

Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

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

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

ПКК с ДКК, СУЕ (задължително) и електролити (по показания)

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

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване
□ 1615
Каталитична кислородотерапия

Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори

Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, които са: 13310-00 или 13842-01 или 13311-00 и хематологични (91910-04, 91910-05, 91910-07, 91910-35) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. По показания се изследват 91910-33; 91910-34

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.

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" – за новородени, отглеждани в структурата до 28-ия ден.

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия или Неонатологична клиника/отделение
2. Легла за интензивно лечение
3. Клинична лаборатория с възможност за КГА и КАС
4. Рентгенов апарат за скопия и графия

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Имунологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по педиатрия I ниво на компетентност - двама лекари със специалност

или

- в клиника по детска пневмология и фтизиатрия III ниво - четирима лекари със специалност;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

В педиатрични отделения (клиники) се приемат пациенти до 18-годишна възраст, както и новородени след изписването им от структурата по неонатология (съгласно т. IV. от медицински стандарт „Педиатрия“). За новородените задължително е необходима консултация с неонатолог.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- в неонатологична клиника/отделение II-ро ниво на компетентност - един лекар със специалност по неонатология и двама със специалност педиатрия и квалификация по неонатология

или

двама лекари със специалност педиатрия и квалификация по неонатология;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Задължителен прием, диагностика и лечение на деца с бронхиолит в случаите на:

1.1. възраст до една година;

1.2. придружаващи тежки хронични заболявания (вродени сърдечни малформации, имунен дефицит, хронични белодробни заболявания и др.).

2. Диагностика и лечение на деца с бронхиолит и:

2.1. клинични данни и белези на дихателна недостатъчност (обективизиране на тежестта с пулсоксиметрия и/или КГА - установяване на $PaO_2 < 90 \text{ mmHg}$ (при липса на друга остра или хронична белодробна или сърдечна патология).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 24 часа от приемането.

Спирометрия при деца над 8 години се извършва преди дехоспитализацията.

Назначената от лечебното заведение рентгенография трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Диагностични методи, чието приложение е задължителни за уточняване на болестта:

- измерване на артериални кръвни газове или SaO₂ – пулсоксиметрия;
- серологично изследване – по показания.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина и инструменталните и параклинични изследвания, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение, и изключване на алтернативни диагнози.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- повлияване на фебрилния синдром;
- овладяване на клиничните симптоми;
- повлияване на физикалната белодробна находка.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Както вече Ви е известно, детето Ви е заболяло от бронхиолит. Това е заболяване, ангажиращо бронхиолите и белодробния паренхим. То е остро възпаление, причинено най-често от микроорганизми (бактерии, вируси и атипични причинители). Появява се бързо, може да прогресира, да предизвика нарушения в дихателната функция и често налага приемане в болница за лечение. Поради възможност за бързо прогресиране на болестта, провежданото в домашни условия лечение може да не бъде достатъчно и да доведе до необходимостта от провеждане и на кислородотерапия.

- Вашият лекар е преценил, че за по-нататъшно лечение, детето Ви трябва да постъпи в болница, където ще бъде лекувано в условията на детско/спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на белия му дроб и необходимост от лечение и проследяване, което не може да се осъществи в домашни условия.

- През времетраенето на периода на лечение детето Ви ще трябва да провежда назначеното лечение, да спазва предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметнете за важни.

- Престоят на детето Ви в клиниката ще продължи не по-малко от 5 дни. Ще бъдат направени различни изследвания, включително изследване на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани, за да дадете съгласие за извършването им.

- Лечението ще включва антибактериални средства, кислород при необходимост и др., за които ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно или през устата, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

- По принцип Вие или Ваши близки може да посещавате клиниката ежедневно, но е желателно посещенията да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с конкретните условия в отделението.

Какво ще стане след постъпването на детето Ви в болницата?

Лекуващият му лекар ще го прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до момента на настаняването в отделението не са направени. Те могат да включват изследване на дишането, електрокардиограма, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които ще бъдете информирани, ако това се наложи.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното здравословно състояние на детето Ви.

КП № 50 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ БЕЗ ТРОМБОЛИЗА

КП № 50.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ БЕЗ ТРОМБОЛИЗА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Мозъчен инфаркт

Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт

Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

- I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии
- I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии
- I63.2 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на прецеребрални артерии
- I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии
- I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии
- I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии
- I63.6 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на мозъчна вена — непиеогенна
- I63.8 Друг мозъчен инфаркт

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

- 39000-00 Лумбална пункция
- Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

- 56001-00 Компютърна томография на мозък
- 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
- Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

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])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалогграфия

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

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

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалогграфия [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалогграфия

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

- 92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

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

- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**Трахеостомия**

- 41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

- 22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
- 22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

- 92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане]
[контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

- 13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
 - фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
- хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-11	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-11	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктозиозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя** (или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък**) е задължителна диагностична процедура, която се провежда до 48 часа от хоспитализацията - за изключване на тумор, кръвоизливи или друга патология. Невроизобразяващото изследване при мозъчен инфаркт може да бъде негативно.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934, се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Лечебните заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2), са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.1 и/или КП 51.2.

Задължително се спазва и златният стандарт от 4,5 до 6 часа за осъществяване на тромболиза и тромбектомия/тромбаспирация.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, **отделение/клиника от I ниво** на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

1. 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. Неврологична клиника/отделение
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазиология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) по доплерова сонография и с възможност за изследване на мозъчното кръвообращение

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение/лаборатория по клинична патология в рамките на областта
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За Доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести или друг специалист с квалификация за доплерова сонография на мозъчно кръвообращение (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”), удостоверена чрез сертификат.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.
- Лечение на исхемичен инсулт, с медицинска необходимост от активно лечение в рамките на 1 месец след дехоспитализацията

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностиката и лечението се осъществява, съгласно „Националния консенсус за диагностика и лечение на мозъчно – съдови заболявания 2013 г.“

Биологичен материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия час от приемането на болния. КТ или МРТ се извършва до 48 часа от началото на хоспитализацията за изключване на хеморагия или тумор.

Диагностични методи за уточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- КТ/МРТ;
- кръвна захар, урея, креатинин, електролити;
- хемостазеологичен статус – по клинични показания;
- ЕКГ;
- изследване на очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- доплерова сонография (ДС) – по показания;
- ангиография на мозъчни артерии – по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.
- ЕЕГ - по показания.
- изследване на хемостаза – по показания

Особености в протичането на болестта

- вида на остроото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

Критерии за исхемичен мозъчен инсулт (ИМИ) - лека степен:

1. Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж - 20 – 17 точки;
2. Оценка по NIHSS – до 14 точки;
3. Липса на тежки соматични заболявания.

1. Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж ≤ 16 точки;
2. Оценка по NIHSS – над 14 точки;
3. Наличие на тежки соматични заболявания.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

[illegible]

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
Окулокардиален Няма отговор	1 0										
ОБЩ СБОР:											

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE – NIHSS:

Време: :
00-24 ч.

Оценката на тежестта на състоянието по NIHSS задължително се отразява в „История на заболяването“ на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Инструкции за изследователя

Прилагайте отделните пунктове от скалата за оценка на болните с мозъчни инсулти в изброения ред. След всеки последователен тест записвайте резултата за всяка категория на скалата. Не се връщайте обратно и не поправяйте резултата. Следвайте указанията, предоставени за техниката на всяко изследване. Резултатът трябва да отразява това, което пациентът може, а не онова, което клиницистът мисли, че болният може. Клиницистът трябва да записва резултатите докато провежда изследването и да работи бързо. С изключение на посочените места, болният не трябва да бъде упражняван, сугестиран и трениран (напр. повтаряне на изискването болният да направи дадено специално усилие).

Ако даден въпрос остане неизследван, е необходимо да се напише детайлно обяснение за това във формуляра. Всички непопълнени пунктове трябва да бъдат прегледани от медицинския монитор и дискутирани с изследователя по телефона.

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат, изключете от точка 7-ма (Атаксия на крайниците) кодовете за засегнати крайници (дясна и/или лява ръка и крак 0 = Не, 1 = Да). За точка 5, 6, 7 и 10, също изключете резултата от 9 точки.

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
1а. Ниво на съзнание (количествени нарушения на съзнанието): Изследователят трябва да избере един отговор, дори ако цялостната оценка е проблематична, поради причини като поставена ендотрахеална тръба, езикова бариера, оротрахеална травма / превръзки. 3 точки се дават само ако в отговор на болезнена стимулация, болният не прави никакво движение (с изключение на рефлексна поза).	0 = буден, адекватно реагиращ. 1 = сомнолентен, но се събужда при минимални стимули за да изпълни команди, да отговори или да реагира. 2 = не е буден, за изпълнение на команда са необходими неколнократни стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори, или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
<p>1б. Въпроси при нарушение на съзнанието:</p> <p>На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущия месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен – не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят, поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем, произтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не “помага” на пациента чрез вербални или невербални начини.</p>	<p>0 = правилно отговаря и на двата въпроса</p> <p>1 = правилно отговаря на един въпрос</p> <p>2 = неправилно отговаря и на двата въпроса</p>	
<p>1в. Команди при нарушение на съзнанието:</p> <p>Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едно-стъпкови команди. Оценява се само първият опит.</p>	<p>0 = изпълнява правилно и двете команди</p> <p>1 = изпълнява правилно само една команда</p> <p>2 = не изпълнява правилно и двете команди</p>	
<p>2. Очни движения/ погледни парези:</p> <p>Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват волевите или рефлекторните (окулоцефални) очни движения, без провеждане на калоричен тест. Пациентът получава 1 точка ако има конюгирано отклонение на очите, което може да бъде преодоляно чрез волева или рефлекторна активност. Ако болният има изолирана периферна лезия на III, IV или VI ЧМН, получава също 1 точка. Погледът може да се тества при всички болни с афазия. Болните с очни травми, превръзки, предшестваща слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения, или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните</p>	<p>0 = няма погледни парези; нормални очни движения</p> <p>1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа</p> <p>2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодоляни чрез окулоцефалните рефлексни похвати</p>	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.		
3. Зрителни нарушения /зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.	0 = без зрителни нарушения 1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия) 2 = пълна хемианопсия 3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)	
4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите, или използвайте пантомима за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни, отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и др.), трябва да я премахнете доколкото е възможно.	0 = нормални симетрични движения 1 = лека пареза (изгладена назолабиална гънка, асиметрия при показване на зъбите и усмихване) 2 = частична парализа (тотална или почти тотална парализа на мускулатурата на долната част на лицето) 3 = тежка (тотална) парализа на едната или двете страни (липса на мускулно движение в долната и горната част на лицето)	
5. и 6. Двигателна дейност – ръка и крак: 5а. Лява ръка 5б. Дясна ръка Всеки крайник се изследва последователно, започвайки с непаретична ръка, ако е ясно коя е. Крайникът се поставя в съответната позиция: екстензия на ръцете (дланите надолу) при 90 градуса в изправено положение и при 45 градуса в легнало положение, а краката при 30 градуса (винаги в легнало положение). Отклонението се точкува ако ръката пада преди 10-та секунда, а кракът преди 5-та секунда. Пациентите с афазия се окуражават да задържат крайниците чрез интонация на гласа и пантомима, но без използване на болезнена стимулация. Оценка 9 може да се даде само в случаите с ампутация или ставна неподвижност (анкилоза, контрактура) в	0 = няма отпускане (пронация), задържа крайника на 90° (или 45°) за 10 секунди или повече. 1 = пронация, задържа крайника на 90° (или 45°), но се отпуска преди 10-та секунда, без да пада на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, болният не може да достигне или задържи крайника на 90° (или съответно 45°), пронира и отпуска до леглото, но оказва някаква съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:	Л..... Д.....

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
раменната и тазобедрената става.		
6а. Ляв крак 6б. Десен крак	0 = няма пронация, задържа крайника на 30° за цели 5 сек. или повече. 1 = отпускане, крайника започва да пада от края на 5-та секунда, без да падне на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, кракът пада на леглото за 5 секунди, но оказва известна съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитация, кракът пада веднага. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна анкилоза	Л..... Д.....
7. Атаксия на крайниците: Целта на изследването е да се разкрият данни за едностранна церебеларна лезия. Изследването се прави с отворени очи. В случай на зрителен дефект, осигурете изследването в интактното зрително поле. Носопоказалечната и коляно-стъпалната проби се извършват двустранно, като атаксията се оценява извън пропорцията, съответстваща на мускулна слабост (при пареза). Атаксия липсва при болни, които не разбират командата и са парализирани. Оценка "9" може да се даде в случаи с ампутация и ставна контрактура (неподвижност) или някаква фрактура. В случай на слепота, тествайте докосването на носа от изпънато положение на ръката.	0 = липса на атаксия 1 = атаксия само в един крайник 2 = атаксия в два крайника При наличие, атаксията е в: дясната ръка – да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в лявата ръка - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в десния крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в левия крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура	
8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови стимули (защитната реакция). Като абнормна се тества само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по "хеми" тип. Резултат 2 "тежка или тотална сетивна увреда" се дава само при случаи, когато може ясно да се демонстрира тежка или пълна загуба на сетивност. Ето защо пациентите със сопор или афазия най-вероятно ще получат оценка 1 или 0. Болните със стволков инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки. Пациентите в кома (при тест 1а = 3 т.) също произволно получават 2 точки при	0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди 1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка при убождане, но болният съзнава, че е докосван. 2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
това изследване.		
<p>9. Най-добро езиково представяне: (афазия)</p> <p>От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложения лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на тестовите, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (1а = 3 т.) получават арбитражно 3 точки при това изследване. Изследователят трябва да избере резултат при болни в сопор или при нежелание за сътрудничество, но резултат от 3 точки трябва да се използва само ако болният е ням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.</p>	<p>0 = няма афазия, нормални езикови способности</p> <p>1 = лека до умерена афазия; определена загуба на възможността за говорене (плавността на говора) и разбирането (схващане на езика), без значимо ограничение на идеаторната експресия или формата на експресия. Намалените речеви способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листове с картинки) труден или невъзможен. Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал.</p> <p>2 = тежка афазия; цялата комуникация е накъсана (фрагменти-рана експресия); съществува голяма необходимост от намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния не може да се идентифицират предоставените предмети и картини.</p> <p>3 = мутизъм, глобална афазия; няма използвани артикулационна реч или слухово разбиране.</p>	
<p>10. Дизартрия:</p> <p>Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се оцени чрез покана да прочете и повтори думите от приложения лист. Ако пациентът има тежка афазия, то яснотата на артикулацията му може да бъде точкувана при спонтанна реч. Оценка от "9" точки се дава само ако болният е интубиран или има друга физическа бариера за произвеждане на реч. Не казвайте на пациента/ката с каква цел го изследвате.</p>	<p>0 = нормална артикулация</p> <p>1 = лека до умерена дизартрия; болният не изговаря добре поне някои думи или, в най-лошия случай, може да бъде разбран със затруднение.</p> <p>2 = тежка дизартрия; речта на пациента е променена до неразбираемост, при липса или извън някаква степен на афазия; или болният е с мутизъм/анартрия.</p>	
<p>11. Екстинция и невнимание (едностранно игнориране, неглект):</p> <p>От предишните изследвания може да се получи достатъчно информация за наличие на синдром на игнориране. Ако болният има тежко зрително нарушение, което възпрепятства двустранната зрителна симултанна стимулация, а сетивните стимули от кожата се възприемат нормално, резултатът от теста е нормален. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален.</p>	<p>0 = без абнормности</p> <p>1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанти стимули за една от сензорните модалности.</p> <p>2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност.</p>	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта: ангиография (магнитно-резонансна, КТ- и конвенционална) – по преценка; ехокардиография – по преценка.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧНИ МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ (ИМИ) – при контраиндикации за провеждане на тромболитична терапия

- *Антиагреганти*: Acidum acetylsalicylicum - 50-325 мг (включен в първите 24 - 48 ч. след ИМИ намалява сигнификантно леталитета и честотата на рецидивите).

Неспецифично лечение на ОРМК:

- профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;
- корекция на артериалното налягане;
- корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;
- противооточно лечение – манитол – 1-2 g/kg/24 h., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуросемид 20 - 40 mg венозно;
- аналгетици (metamizole sodium);
- седация – бензодиазепини производни (диазепам);
- хидратация с левулозни и водно-солеви разтвори;
- кислородолечение при SaO₂ <90%;
- инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) – според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) – метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

При остра хидроцефалия – консултация с неврохирург за евентуално поставяне на вентрикуло-перитонеален или вентрикуло-атриален шънт.

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

- ендотрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Лечение на септичните тромбози на мозъчните вени и синуси:

Антибиотици венозно, самостоятелно (насочени срещу известен причинител) или в комбинации:

- цефтриаксон 3.0 г дневно;
- ванкомицин 2.0 г дневно (при стафилококова инфекция);
- цефтазидим 3.0 – 6.0 г дневно;
- метронидазол 1.0 – 2.0 г дневно;
- левофлоксацин – 500 – 100 мг дневно;
- цефпиром – 2.0-4.0 г дневно;
- тейкопланин – 400-800 мг дневно.

Прилагат се и антикоагуланти или антиагреганти.

След консултация с неврохирург - при необходимост оперативна ревизия на синус.

Диагностиката и лечението на новородени деца с исхемични и хеморагични поражения на ЦНС се провежда в неонатологична клиника/отделение II и III ниво (съобразно Медицински стандарт “Неонатология”).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

Преценката за степента на тежест при инсултите се прави на база скалите на Глазгоу-Лиеш, NIHSS и наличие или липса на придружаващи тежки соматични заболявания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната и етиологичната диагноза;
- стационаране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес.

Болните с ИМИ се изписват от болницата и се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболяемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни. Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак, и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар - специалист и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 50 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ БЕЗ ТРОМБОЛИЗА

КП № 50.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ БЕЗ ТРОМБОЛИЗА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Мозъчен инфаркт

Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт

Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

- I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии
- I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии
- I63.2 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на прецеребрални артерии
- I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии
- I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии
- I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии
- I63.6 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на мозъчна вена — непиеогенна
- I63.8 Друг мозъчен инфаркт

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

- 39000-00 Лумбална пункция
- Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

- 56001-00 Компютърна томография на мозък
- 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
- Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

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])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалогграфия

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

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

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалогграфия [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалогграфия

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ <i>Включва:</i> отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Манипулации на дихателни пътища	
<i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор	
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен Ендотрахеална интубация БДУ <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
22008-00	Ендотрахеална интубация, двоен лумен <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92036-00	Поставяне на назогастрална сонда Сондиране за декомпресия <i>Не включва:</i> Sengstaken тръба (13506-00 [1899])
Вентилаторно подпомагане	
Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [ViPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия Променлива задължителна вентилация [IMV] Инвазивна вентилация	

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
 - асистирано дишане
- механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ЕТТ)
 - назална
 - орална
 - трахеостомия
- отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

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])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

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])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- 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

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя** (или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък**) е задължителна диагностична процедура, която се провежда до 48 часа от хоспитализацията - за изключване на тумор, кръвоизливи или друга патология. Невроизобразяващото изследване при мозъчен инфаркт може да бъде негативно.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934, се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Лечебните заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2), са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.1 и/или КП 51.2.

Задължително се спазва и златният стандарт от 4,5 до 6 часа за осъществяване на тромболиза и тромбектомия/тромбаспирация.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“ (само за новородени до 28 ден), от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, **отделение/клиника от I ниво** на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

1. 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. Неврологична клиника/отделение или Детска неврологична клиника/отделение или Неонатологична клиника/отделение от II и III ниво - само за новородени до 28 ден
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) по доплерова сонография и с възможност за изследване на мозъчното кръвообращение

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение/лаборатория по клинична патология в рамките на областта
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст от 28-ия ден до 18 год. възраст:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

или

- лекар със специалност по детска неврология или лекар със специалност по педиатрия и опит в детската неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар със специалност по неонатология.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За Доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести или друг специалист с квалификация за доплерова сонография на мозъчно кръвообращение (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”), удостоверена чрез сертификат.

4.2. За Трансфонтанелна ехография – лекар със специалност по неонатология или детска неврология (съгласно медицински стандарт “Неонатология”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.
- Лечение на исхемичен инсулт, с медицинска необходимост от активно лечение в рамките на 1 месец след дехоспитализацията

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностиката и лечението се осъществява, съгласно „Националния консенсус за диагностика и лечение на мозъчно – съдови заболявания 2013 г.“

Биологичен материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия час от приемането на болния. КТ или МРТ се извършва до 48 часа от началото на хоспитализацията за изключване на хеморагия или тумор.

Диагностични методи за уточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- КТ/МРТ;
- кръвна захар, урея, креатинин, електролити;
- хемостазеологичен статус – по клинични показания;
- ЕКГ;
- изследване на очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- доплерова сонография (ДС) – по показания;
- ангиография на мозъчни артерии – по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.

- ЕЕГ - по показания.

- изследване на хемостаза – по показания

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОПМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

Критерии за исхемичен мозъчен инсулт (ИМИ) - лека степен:

1. Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж - 20 – 17 точки;
2. Оценка по NIHSS – до 14 точки;
3. Липса на тежки соматични заболявания.

Критерии за исхемичен мозъчен инсулт ИМИ - средно тежка и тежка степен:

1. Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж \leq 16 точки;
2. Оценка по NIHSS – над 14 точки;
3. Наличие на тежки соматични заболявания.

Оценката на тежестта на състоянието по съответните скали задължително се отразява в „История на заболяването“ на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия	4										
	3										
Абнормна екстензия	2										
Няма отговор	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронт - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE – NIHSS:

Време: :
00-24 ч.

Оценката на тежестта на състоянието по NIHSS задължително се отразява в „История на заболяването“ на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Инструкции за изследователя

Прилагайте отделните пунктове от скалата за оценка на болните с мозъчни инсулти в изброения ред. След всеки последователен тест записвайте резултата за всяка категория на скалата. Не се връщайте обратно и не поправяйте резултата. Следвайте указанията, предоставени за техниката на всяко изследване. Резултатът трябва да отразява това, което пациентът може, а не онова, което клиникистът мисли, че болният може. Клиникистът трябва да записва резултатите докато провежда изследването и да работи бързо. С изключение на посочените места, болният не трябва да бъде упражняван, сугестиран и трениран (напр. повтаряне на изискването болният да направи дадено специално усилие).

Ако даден въпрос остане неизследван, е необходимо да се напише детайлно обяснение за това във формуляра. Всички непопълнени пунктове трябва да бъдат прегледани от медицинския монитор и дискутирани с изследователя по телефона.

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат, изключете от точка 7-ма (Атаксия на крайниците) кодовете за засегнати крайници (дясна и/или лява ръка и крак 0 = Не, 1 = Да). За точка 5, 6, 7 и 10, също изключете резултата от 9 точки.

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
<p>1а. Ниво на съзнание (количествени нарушения на съзнанието): Изследователят трябва да избере един отговор, дори ако цялостната оценка е проблематична, поради причини като поставена ендотрахеална тръба, езикова бариера, оротрахеална травма / превръзки. 3 точки се дават само ако в отговор на болезнена стимулация, болният не прави никакво движение (с изключение на рефлексна поза).</p>	<p>0 = буден, адекватно реагиращ. 1 = сомнолентен, но се събужда при минимални стимули за да изпълни команди, да отговори или да реагира. 2 = не е буден, за изпълнение на команда са необходими неколнократни стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори, или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).</p>	
<p>1б. Въпроси при нарушение на съзнанието: На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущия месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен – не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят, поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем, произтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не “помага” на пациента чрез вербални или невербални начини.</p>	<p>0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса</p>	
<p>1в. Команди при нарушение на съзнанието: Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едно-стъпкови команди. Оценява се само първият опит.</p>	<p>0 = изпълнява правилно и двете команди 1 = изпълнява правилно само една команда 2 = не изпълнява правилно и двете команди</p>	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
<p>2. Очни движения/ погледни парези: Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват волевите или рефлехторните (окулоцефални) очни движения, без провеждане на калоричен тест. Пациентът получава 1 точка ако има конюгирано отклонение на очите, което може да бъде преодоляно чрез волева или рефлехторна активност. Ако болният има изолирана периферна лезия на III, IV или VI ЧМН, получава също 1 точка. Погледът може да се тества при всички болни с афазия. Болните с очни травми, превръзки, предшестваща слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения, или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.</p>	<p>0 = няма погледни парези; нормални очни движения</p> <p>1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа</p> <p>2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодоляни чрез окулоцефалните рефлексни похвати</p>	
<p>3. Зрителни нарушения /зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.</p>	<p>0 = без зрителни нарушения</p> <p>1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия)</p> <p>2 = пълна хемианопсия</p> <p>3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)</p>	
<p>4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите, или използвайте пантомима за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни, отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и др.), трябва да я премахнете доколкото е възможно.</p>	<p>0 = нормални симетрични движения</p> <p>1 = лека пареза (изгладена назолабиална гънка, асиметрия при показване на зъбите и усмихване)</p> <p>2 = частична парализа (тотална или почти тотална парализа на мускулатурата на долната част на лицето)</p> <p>3 = тежка (тотална) парализа на едната или двете страни (липса на мускулно движение в долната и горната част на</p>	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
	лицето)	
5. и 6. Двигателна дейност – ръка и крак: 5а. Лява ръка 5б. Дясна ръка Всеки крайник се изследва последователно, започвайки с непаретична ръка, ако е ясно коя е. Крайникът се поставя в съответната позиция: екстензия на ръцете (дланите надолу) при 90 градуса в изправено положение и при 45 градуса в легнало положение, а краката при 30 градуса (винаги в легнало положение). Отклонението се точкува ако ръката пада преди 10-та секунда, а кракът преди 5-та секунда. Пациентите с афазия се окуражават да задържат крайниците чрез интонация на гласа и пантомима, но без използване на болезнена стимулация. Оценка 9 може да се даде само в случаите с ампутация или ставна неподвижност (анкилоза, контрактура) в раменната и тазобедрената става.	0 = няма отпускане (пронация), задържа крайника на 90° (или 45°) за 10 секунди или повече. 1 = пронация, задържа крайника на 90° (или 45°), но се отпуска преди 10-та секунда, без да пада на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, болният не може да достигне или задържи крайника на 90° (или съответно 45°), пронира и отпуска до леглото, но оказва някаква съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:	Л..... Д.....
6а. Ляв крак 6б. Десен крак	0 = няма пронация, задържа крайника на 30° за цели 5 сек. или повече. 1 = отпускане, крайника започва да пада от края на 5-та секунда, без да падне на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, кракът пада на леглото за 5 секунди, но оказва известна съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитация, кракът пада веднага. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна анкилоза	Л..... Д.....
7. Атаксия на крайниците: Целта на изследването е да се разкрият данни за едностранна церебеларна лезия. Изследването се прави с отворени очи. В случай на зрителен дефект, осигурете изследването в интактното зрително поле. Носопоказалечната и коляно-стъпалната проби се извършват двустранно, като атаксията се оценява извън пропорцията, съответстваща на мускулна слабост (при пареза). Атаксия липсва при болни, които не разбират командата и са парализирани. Оценка "9" може да се даде в случаи с ампутация и ставна контрактура (неподвижност) или някаква фрактури. В случай на слепота, тествайте докосването на носа от изпънато положение на ръката.	0 = липса на атаксия 1 = атаксия само в един крайник 2 = атаксия в два крайника При наличие, атаксията е в: дясната ръка – да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в лявата ръка - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в десния крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в левия крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура	
8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на	0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
<p>съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови стимули (защитната реакция). Като абнормна се тества само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по "хеми" тип.</p> <p>Резултат 2 "тежка или тотална сетивна увреда" се дава само при случаи, когато може ясно да се демонстрира тежка или пълна загуба на сетивност. Ето защо пациентите със сопор или афазия най-вероятно ще получат оценка 1 или 0.</p> <p>Болните със стволков инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки.</p> <p>Пациентите в кома (при тест 1а = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.</p>	<p>1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка при убождане, но болният съзнава, че е докосван.</p> <p>2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.</p>	
<p>9. Най-добро езиково представяне: (афазия)</p> <p>От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложението лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на тестовите, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (1а = 3 т.) получават арбитражно 3 точки при това изследване. Изследователят трябва да избере резултат при болни в сопор или при нежелание за сътрудничество, но резултат от 3 точки трябва да се използва само ако болният е ням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.</p>	<p>0 = няма афазия, нормални езикови способности</p> <p>1 = лека до умерена афазия; определена загуба на възможността за говорене (плавността на говора) и разбирането (схващане на езика), без значимо ограничение на идеаторната експресия или формата на експресия. Намалените речеви способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листовете с картинки) труден или невъзможен.</p> <p>Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал.</p> <p>2 = тежка афазия; цялата комуникация е нахъсана (фрагменти-рана експресия); съществува голяма необходимост от намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния не може да се идентифицират предоставените предмети и картини.</p> <p>3 = мутизъм, глобална афазия; няма използвани артикулационна реч или слухово разбиране.</p>	
<p>10. Дизартрия:</p> <p>Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се оцени чрез покана да прочете и повтори</p>	<p>0 = нормална артикулация</p> <p>1 = лека до умерена дизартрия; болният</p>	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
думите от приложения лист. Ако пациентът има тежка афазия, то яснотата на артикулацията му може да бъде точкувана при спонтанна реч. Оценка от "9" точки се дава само ако болният е интубиран или има друга физическа бариера за произвеждане на реч. Не казвайте на пациента/ката с каква цел го изследвате.	не изговаря добре поне някои думи или, в най-лошия случай, може да бъде разбран със затруднение. 2 = тежка дизартрия; речта на пациента е променена до неразбираемост, при липса или извън някаква степен на афазия; или болният е с мутизъм/анартрия.	
11. Екстинция и невнимание (едностранно игнориране, неглект): От предишните изследвания може да се получи достатъчно информация за наличие на синдром на игнориране. Ако болният има тежко зрително нарушение, което възпрепятства двустранната зрителна симултанна стимулация, а сетивните стимули от кожата се възприемат нормално, резултатът от теста е нормален. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	0 = без абнормности 1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанти стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта: ангиография (магнитно-резонансна, КТ- и конвенционална) – по преценка; ехокардиография – по преценка.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧНИ МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ (ИМИ) – при контраиндикации за провеждане на тромболитична терапия

- **Антиагреганти:** Acidum acetylsalicylicum - 50-325 мг (включен в първите 24 - 48 ч. след ИМИ намалява сигнификантно леталитета и честотата на рецидивите).

Неспецифично лечение на ОРМК:

- профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;
- корекция на артериалното налягане;
- корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;
- противооточно лечение – манитол – 1-2 g/kg/24 h., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуросемид 20 - 40 mg венозно;
- аналгетици (metamizole sodium);
- седация – бензодиазепини производни (диазепам);
- хидратация с левулозни и водно-солеви разтвори;
- кислородолечение при SaO₂ <90%;
- инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) – според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) – метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

При остра хидроцефалия – консултация с неврохирург за евентуално поставяне на вентрикуло-перитонеален или вентрикуло-атриален шънт.

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

- ендотрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Лечение на септичните тромбози на мозъчните вени и синуси:

Антибиотици венозно, самостоятелно (насочени срещу известен причинител) или в комбинации:

- цефтриаксон 3.0 г дневно;
- ванкомицин 2.0 г дневно (при стафилококова инфекция);
- цефтазидим 3.0 – 6.0 г дневно;
- метронидазол 1.0 – 2.0 г дневно;
- левофлоксацин – 500 – 100 мг дневно;
- цефпиром – 2.0-4.0 г дневно;
- тейкопланин – 400-800 мг дневно.

Прилагат се и антикоагуланти или антиагреганти.

След консултация с неврохирург - при необходимост оперативна ревизия на синус.

Диагностиката и лечението на новородени деца с исхемични и хеморагични поражения на ЦНС се провежда в неонатологична клиника/отделение II и III ниво (съобразно Медицински стандарт “Неонатология”).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

Преценката за степента на тежест при инсултите се прави на база скалите на Глазгоу-Лиеж, NIHSS и наличие или липса на придружаващи тежки соматични заболявания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната и етиологичната диагноза;
- стационариране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес.

Болните с ИМИ се изписват от болницата и се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболяемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни. Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак, и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар - специалист и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 51 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ С ТРОМБОЛИЗА

КП № 51.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ С ТРОМБОЛИЗА

Минимален болничен престой – 5 дни

При насочване за оперативно лечение – тромбектомия – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Мозъчен инфаркт

Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт

Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

- I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии
- I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии
- I63.2 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на прецеребрални артерии
- I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии
- I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии
- I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии
- I63.6 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на мозъчна вена — непиеогенна
- I63.8 Друг мозъчен инфаркт

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

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])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалогграфия

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

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

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалогграфия [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалогграфия

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролит

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или

	ликвор за култура и чувствителност <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ <i>Включва:</i> отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Манипулации на дихателни пътища	
<i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор	
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен Ендотрахеална интубация БДУ <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
22008-00	Ендотрахеална интубация, двоен лумен <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92036-00	Поставяне на назогастрална сонда Сондиране за декомпресия <i>Не включва:</i> Sengstaken тръба (13506-00 [1899])
Вентилаторно подпомагане	
Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия	

Променлива задължителна вентилация [IMV]
 Инвазивна вентилация
 Механична вентилация
 Налягане с позитивен експираторен край
 Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
 Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
 • интубация
 • асистирано дишане
 механична вентилация с:
 • ендотрахеална тръба (ETT)
 • назална
 • орална
 • трахеостомия
 отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с
 някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
 дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
 вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
 неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
 • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
 • фармакологичен агент за:
 • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 • имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране,
 по видове, по локализация)
 • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 • перфузия (виж блок [1886])
 • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
 хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен 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])

96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-11	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-11	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен</p>

	фармакологичен агент <i>Кодирай също когато е направена:</i> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен 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])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена при приложени и отчетени 3 диагностични и 2 терапевтични процедури.

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.

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя** (или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък**) е задължителна диагностична процедура – провежда се двукратно. Първата се провежда при приема на пациента, но не по-късно до първия час от приема. Втората се провежда след 24 час от началото на инсульта след приключване на инфузията с тромболитик.

Процедура с кодовете от блокове 1923 и 1924, се изследват до третия час от хоспитализацията.

Когато се използват кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Процедура **96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент**, е задължителна терапевтична процедура.

Тромболиза и механична тромбектомия/тромбаспирация се извършват до 4.5 - 6 часа (времеви стандарт) от началото на симптомите.

Клинична пътека № 51.2 може да се изпълнява след осъществяване на тромболиза или без предходна тромболиза (КП № 51.1.)

Лечебни заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2) са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.

В случаите, когато ЛЗ има договор само за КП № 51.1 същото ЛЗ насочва и осигурява хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.2 при задължително спазване на времеви стандарт.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“ (само за новородени до 28 ден), от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести, отделение/клиника от I ниво на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

1. 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. Неврологична клиника/отделение или Детска неврологична клиника/отделение
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.
- Тромболитично лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий (до четири и половина часа от възникване на инсулта).

Болните с исхемичен мозъчен инсулт се хоспитализират до четири и половина часа от възникване на инсулта за своевременно установяване вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично тромболитично лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОРМК соматични заболявания.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- кръвна захар, урея, креатинин, електролити; - по клинични показания;
- хемостазеологичен статус
- ЕКГ;
- очни дъна - по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен ет;
- ЕЕГ - по показания.

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- ☐ вида на остро то разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- ☐ локализацията – топична диагноза;
- ☐ етиологията – етиологична диагноза;
- ☐ тежестта на мозъчния инсулт;
- ☐ придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- ☐ оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

- ишемичен мозъчен инсулт (ИМИ) в голямомозъчните хемисфери:
- лек (оценка по скалата Глазгоу-Лиеж 20 – 17 точки);
 - умерено тежък (оценка по скалата Глазгоу-Лиеж 16 – 12 точки);
 - тежък (оценка по скалата Глазгоу-Лиеж под 12 точки).

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

[illegible]

МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронт - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта:

- ☐ ангиография;
- ☐ ехокардиография;
- ☐ МРТ – по показания.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

Тромболитична терапия при остро настъпили Ишемични мозъчни инсулти (ИМИ) с тъканен плазминогенен активатор

Тромболитичната терапия при острия ИМИ трябва да започне в рамките на четири часа и половина след началото на симптоматиката. Терапията с **тъканен плазминогенен активатор** трябва да се провежда в отделение за интензивно лечение на неврологични заболявания от подготвени специалисти в областта на съдовите заболявания на мозъка.

**ПРОТОКОЛ
ЗА
ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРО НАСТЪПИЛИ ИСХЕМИЧНИ МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ (ИМИ)
С ТЪКАНЕН ПЛАЗМИНОГЕНЕН АКТИВАТОР**

Име:

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐☐

Телесно тегло:

Час на ИМИ

NIHSS:.....

Glasgow-Liege Coma Scale:.....

RR:.....

Приложен КТ на главен мозък	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕ
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

КРИТЕРИИ за ТРОМБОЛИЗА ПРИ ОСТЪР ИСХЕМИЧЕН ИНСУЛТ с тъканен плазминогенен активатор

ПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Ишемичен мозъчен инсулт до четири часа и половина след началото на симптоматиката.		
2. Неврологичен дефицит по скалата за оценка на мозъчните инсулти NIHSS до 22 точки		
3. Нормален КТ на главен мозък или белези на ранна исхемия, но с хиподензна зона, не по-голяма от 1/3 от мозъчната хемисфера.		
4. Възраст над 18 години		
5. Пациентът и близките му трябва да бъдат информирани за потенциалния риск и полза от лечението и да подпишат информирано съгласие		
Пациентът отговаря ли ЕДНОВРЕМЕННО на т. 1, 2, 3, 4 и 5		

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Пациенти, при които симптоматиката е повече от четири часа и половина		
2. Неврологичните белези не трябва да бъдат преходни или малки и изолирани – болни само с дистална моторна слабост, изолирана афазия, дизартрия, атаксия, хемипаносия, епилептичен припадък с постиктална пареза – както и болни с оценка по NIHSS над 22 точки.		
3. Интракраниален кръвоизлив с различна локализация.		

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
4. Повишен риск от кървене: <ul style="list-style-type: none"> • при систолично RR над 185 и диастолично над 110 мм Hg; • анамнеза за предишна интракраниална хеморагия; • известна хеморагична диатеза; • пациенти на антикоагулантно лечение с INR над 1.7; • протромбиново време под 60% • прием на хепарин и удължено aPT; • тромбоцити под 100x109/L; • прекарана травма на мозъка или ИМИ през последните 3 месеца, интракраниална неоплазия, АВ-малформация, аневризма; • хеморагична ретинопатия, например при диабет; • неконтролирана тежка хипертония; • варикоза на хранопровода; • документирана язва на стомаха през последните три месеца; • тежко неопластично и чернодробно заболяване, включително цироза или активен хепатит; • големи операции или тежки травми през последните 14 дни. • кръвоизливи от гастроинтестиналния или уринарния тракт през последните 21 дни • данни за активно кървене или остра травма (фрактура) • пункция на артериален съд през последните 7 дни 		
5. Тежка черепно-мозъчна травма (фрактура или контузия на мозъка през последните три месеца)		
6. Кръвна захар под 2,7 ммол/л или над 21.2 ммол/л		
7. При деца, бременни и кърмещи		
8. Гърчове – постиктална резидуална неврологична симптоматика		
9. Миокарден инфаркт през последните 3 месеца		
10. Бактериален ендокардит, перикардит, остър панкреатит		
Пациентът има ли поне ЕДНО от горните противопоказания.		
Пациентът има ли ВСИЧКИ показания и НИТО ЕДНО противопоказание	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕ

ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЯ ОТГОВОРЪТ НА ГОРНИЯ ВЪПРОС ТРЯБВА ДА БЪДЕ 'ДА'!

✓ **ДА СЕ ВНИМАВА:**

- Много добра оценка между очаквана полза и последващ риск.
- При възрастни пациенти, при които рискът от кървене е по-висок – оптимална преценка полза – риск.
- Пациенти с дългогодишна неконтролирана артериална хипертония, предсърдно мъждене или левкоенцефалопатия имат повишен риск от кървене или смъртен изход.

✓ **ДОЗИРОВКА И НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ:**

Съгласно кратката характеристика на съответния активатор на тъканния плазминоген

Изчислена обща доза тъканен плазминогенен активатор за пациента:.....мг

Изчислена болус доза тъканен плазминогенен активатор за пациента:.....мг

ПОВЕДЕНИЕ
1. Приложение на tPA
2. Необходими са 2 периферни венозни пътя, поставяне на мониторен контрол и определяне на кръвна група
3. Артериалното налягане да се поддържа в стойности не по-високи от 150/90
4. Не се извършва лумбална пункция по време и 48 часа след лечението с tPA. Поставянето на назогастрална сонда, уринарен катетър или ендотрахеална интубация, при необходимост, трябва да се извършат преди началото на инфузията или да бъдат отложени след 24 часа.

Време на стартиране на болус - инфузията:.....

Приложен медикамент болусно:.....мг

Време на стартиране на поддържаща доза:.....

Приложен медикамент общо:.....мг

Време	Неврологична оценка (вкл. NIHSS)	Витални белези				Зеници
		RR	Пулс	t°C	Дишане	
Начало						
15 мин						
30 мин						
45 мин						
60 мин						
1 ч 15 м						
1 ч 30 м						
1 ч 45 м						
2 час						
2 ч 30 м						
3 час						
3 ч 30 м						
4 час						
4 ч 30 м						
5 час						
5 ч 30 м						
6 час						
7 час						
8 час						
9 час						
10 час						
11 час						
12 час						
13 час						
14 час						
15 час						
16 час						
17 час						
18 час						
19 час						
20 час						
21 час						
22 час						
23 час						
24 час						
	Приложен ТРАНСКРАНИАЛЕН ДОПЛЕР (не задължително) На 0, на 60 мин., на 24 час <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ					
	Приложен КТ НА ГЛАВЕН МОЗЪК Контролен на 24 час <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ					
1 д 4 ч						
1 д 8 ч						
1 д 12 ч						

Време	Неврологична оценка (вкл. NIHSS)	Витални белези				Зеници
		RR	Пулс	t°C	Дишане	
1 д 16 ч						
1 д 20 ч						
48 час						

В цената на клинична пътека № 2 “Исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза” е разчетено лечение с тъканен плазминогенен активатор. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

КРЪВНОТО НАЛЯГАНЕ НАДВИШИЛО ЛИ Е 150/90 ПРЕЗ МОНИТОРИРАНИЯ ПЕРИОД

☐ ДА ☐ НЕ

ПОДЪРЖАНЕ НА АДЕКВАТНО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ:

- Увеличаване честотата на измерване на RR при систолично ≥ 180 mm Hg или диастолично налягане ≥ 105 mm Hg
- При диастолично налягане над 105 mm Hg или систолично налягане над 180 mm Hg се прилага венозно Glyceryl trinitrate.

УСЛОЖНЕНИЯ	ПОВЕДЕНИЕ ПРИ УСЛОЖНЕНИЕ
При развитие на тежко главоболие, остра хипертонична реакция, гадене, повръщане, влошаване на съзнанието и неврологичния статус.	Прекратете инфузията Направете спешен КТ Изследвайте ПТВ, аРТТ, тромбоцити и фибриноген.
При КТ данни за кръвоизлив	Прекратете инфузията, ако не е спряна. Симптоматично лечение и субституираща терапия: - 6-8 единици криопреципитат, съдържащ фибриноген и фактор VIII; - 6-8 единици тромбоцити, и/или прясно замразена плазма. Неврохирургична и хематологична консултация (по преценка).
Нежелани и странични ефекти Най-честият от тях е кървене с последващо намаляване на хематокрита и хемоглобина. Кръвоизливите при терапия с <i>тромболитик</i> се разделят основно на два вида 1. Повърхностни (убождане с игла и др.) 2. Вътрешни (стомах и др.) 3. Повторна тромбоемболия Кръвозагуба в гастроинтестиналната, урогениталната или ретроперитонеалната област. Много по-често се наблюдават екхимози, кървене от носа или от зъбите	Симптоматично лечение и субституираща терапия.

Подпис на лекуващия лекар:

Фишът за лечение с тъканен плазминогенен активатор става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението трябва да се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона(ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

Време: :
00-24 ч.

ФИШ

КП №

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐☐

ЛЕЧЕНИЕ С тъканен плазминогенен активатор фабричен № на флакона	
Индикации	Контраиндикации

Инструкции за изследователя

Прилагайте отделните пунктове от скалата за оценка на болните с мозъчни инсулти в изброения ред. След всеки последователен тест записвайте резултата за всяка категория на скалата. Не се връщайте обратно и не поправяйте резултата. Следвайте указанията, предоставени за техниката на всяко изследване. Резултатът трябва да отразява това, което пациента може, а не онова, което клиницистът мисли, че болният може. Клиницистът трябва да записва резултатите докато провежда изследването и да работи бързо. С изключение на посочените места, болният не трябва да бъде упражняван, сугестиран и трениран (напр. повтаряне на изискването болният да направи дадено специално усилие).

Ако даден въпрос остане неизследван, е необходимо да се напише детайлно обяснение за това във формуляра. Всички непопълнени пунктове трябва да бъдат прегледани от медицинския монитор и дискутирани с изследователя по телефона.

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат, изключете от точка 7-ма (Атаксия на крайниците) кодовете за засегнати крайници (дясна и/или лява ръка и крак 0 = Не, 1 = Да). За точка 5, 6, 7 и 10, също изключете резултата от 9 точки.

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
1а. Ниво на съзнание (количествени нарушения на съзнанието): Изследователят трябва да избере един отговор, дори ако цялостната оценка е проблематична, поради причини като поставена ендотрахеална тръба, езикова бариера, оротрахеална травма / превръзки. 3 точки се дават само ако в отговор на болезнена стимулация, болният не прави никакво движение (с изключение на рефлексна поза).	0 = буден, адекватно реагиращ. 1 = сомнолентен, но се събужда при минимални стимули за да изпълни команди, да отговори или да реагира. 2 = не е буден, за изпълнение на команда са необходими неколнократни стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори, или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).	
1б. Въпроси при нарушение на съзнанието: На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущия месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен – не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят, поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем, произтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не “помага” на пациента чрез вербални или невербални начини.	0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса	
1в. Команди при нарушение на съзнанието:		

<p>Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едно-стъпкови команди. Оценява се само първият опит.</p>	<p>0 = изпълнява правилно и двете команди</p> <p>1 = изпълнява правилно само една команда</p> <p>2 = не изпълнява правилно и двете команди</p>	
<p>2. Очни движения/ погледни парези: Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват волевите или рефлекторните (окулоцефални) очни движения, без провеждане на калоричен тест. Пациентът получава 1 точка ако има конюгирано отклонение на очите, което може да бъде преодоляно чрез волева или рефлекторна активност. Ако болният има изолирана периферна лезия на III, IV или VI ЧМН, получава също 1 точка. Погледът може да се тества при всички болни с афазия. Болните с очни травми, превръзки, предшестваща слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения, или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.</p>	<p>0 = няма погледни парези; нормални очни движения</p> <p>1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа</p> <p>2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодоляни чрез окулоцефалните рефлексни похвати</p>	
<p>3. Зрителни нарушения /зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване</p>	<p>0 = без зрителни нарушения</p> <p>1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия)</p> <p>2 = пълна хемианопсия</p> <p>3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)</p>	

№ 11.		
4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите, или използвайте пантомима за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни, отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и др.), трябва да я премахнете доколкото е възможно.	0 = нормални симетрични движения 1 = лека пареза (изгладена назолабиална гънка, асиметрия при показване на зъбите и усмихване) 2 = частична парализа (тотална или почти тотална парализа на мускулатурата на долната част на лицето) 3 = тежка (тотална) парализа на едната или двете страни (липса на мускулно движение в долната и горната част на лицето)	
5. и 6. Двигателна дейност – ръка и крак: 5а. Лява ръка 5б. Дясна ръка Всеки крайник се изследва последователно, започвайки с непаретична ръка, ако е ясно коя е. Крайникът се поставя в съответната позиция: екстензия на ръцете (дланите надолу) при 90 градуса в изправено положение и при 45 градуса в легнало положение, а краката при 30 градуса (винаги в легнало положение). Отклонението се точкува ако ръката пада преди 10-та секунда, а кракът преди 5-та секунда. Пациентите с афазия се окуражават да задържат крайниците чрез интонация на гласа и пантомима, но без използване на болезнена стимулация. Оценка 9 може да се даде само в случаите с ампутация или ставна неподвижност (анкилоза, контрактура) в раменната и тазобедрената става.	0 = няма отпускане (пронация), задържа крайника на 90° (или 45°) за 10 секунди или повече. 1 = пронация, задържа крайника на 90° (или 45°), но се отпуска преди 10-та секунда, без да пада на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, болният не може да достигне или задържи крайника на 90° (или съответно 45°), пронира и отпуска до леглото, но оказва някаква съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:	Л..... Д.....
6а. Ляв крак 6б. Десен крак	0 = няма пронация, задържа крайника на 30° за цели 5 сек. или повече. 1 = отпускане, крайника започва да пада от края на 5-та секунда, без да падне на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, кракът пада на леглото за 5 секунди, но оказва известна съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитация, кракът пада веднага. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна анкилоза	Л..... Д.....
7. Атаксия на крайниците: Целта на изследването е да се разкрият данни за едностранна церебеларна лезия. Изследването се прави с отворени очи. В случай на зрителен дефект, осигурете изследването в интактното зрително поле. Носопоказалечната и коляно-стъпалната проби се извършват двустранно, като атаксията се оценява извън пропорцията, съответстваща на	0 = липса на атаксия 1 = атаксия само в един крайник 2 = атаксия в два крайника При наличие, атаксията е в: дясната ръка – да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в лявата ръка - да = 1, не = 0	

<p>мускулна слабост (при пареза). Атаксия липсва при болни, които не разбират командата и са парализирани. Оценка "9" може да се даде в случаи с ампутация и ставна контрактура (неподвижност) или някаква фрактура. В случай на слепота, тествайте докосването на носа от изпънато положение на ръката.</p>	<p>9 = ампутация, ставна контрактура</p> <p>в десния крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура</p> <p>в левия крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура</p>	
<p>8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови стимули (защитната реакция). Като абнормна се тества само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по "хеми" тип. Резултат 2 "тежка или тотална сетивна увреда" се дава само при случаи, когато може ясно да се демонстрира тежка или пълна загуба на сетивност. Ето защо пациентите със сопор или афазия най-вероятно ще получат оценка 1 или 0. Болните със стволов инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки. Пациентите в кома (при тест 1а = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.</p>	<p>0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди</p> <p>1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка при убождане, но болният съзнава, че е докосван.</p> <p>2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.</p>	
<p>9. Най-добро езиково представяне: (афазия) От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложения лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на тестовете, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (1а = 3 т.) получават арбитражно 3 точки при това изследване.</p>	<p>0 = няма афазия, нормални езикови способности</p> <p>1 = лека до умерена афазия; определена загуба на възможността за говорене (плавността на говора) и разбирането (схващане на езика), без значимо ограничение на идеаторната експресия или формата на експресия. Намалените речеви способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листове с картинки) труден или невъзможен. Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал.</p> <p>2 = тежка афазия; цялата комуникация е накъсана (фрагменти-рана експресия); съществува голяма необходимост от намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния</p>	

Изследователят трябва да избере резултат при болни в сопор или при нежелание за сътрудничество, но резултат от 3 точки трябва да се използва само ако болният е ням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.	не може да се идентифицират предоставените предмети и картини. 3 = мутизъм, глобална афазия; няма използвани артикулационна реч или слухово разбиране.	
10. Дизартрия: Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се оцени чрез покана да прочете и повтори думите от приложения лист. Ако пациентът има тежка афазия, то яснотата на артикулацията му може да бъде точкувана при спонтанна реч. Оценка от "9" точки се дава само ако болният е интубиран или има друга физическа бариера за произвеждане на реч. Не казвайте на пациента/ката с каква цел го изследвате.	0 = нормална артикулация 1 = лека до умерена дизартрия; болният не изговаря добре поне някои думи или, в най-лошия случай, може да бъде разбран със затруднение. 2 = тежка дизартрия; речта на пациента е променена до неразбираемост, при липса или извън някаква степен на афазия; или болният е с мутизъм/анартрия.	
11. Екстинция и невнимание (едностранно игнориране, неглект): От предишните изследвания може да се получи достатъчно информация за наличие на синдром на игнориране. Ако болният има тежко зрително нарушение, което възпрепятства двустранната зрителна симултанна стимулация, а сетивните стимули от кожата се възприемат нормално, резултатът от теста е нормален. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	0 = без абнормности 1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанти стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравето състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната диагноза – чрез КТ;
- проведена тромболиза;
- стационаране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес;

След изписване от болницата болните с ИМИ се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболяемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание) в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 51 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ С ТРОМБОЛИЗА

КП № 51.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ С ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Мозъчен инфаркт

Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт

Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

- I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии
- I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии
- I63.2 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на прецеребрални артерии
- I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии
- I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии
- I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

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	
	<p>Ехокардиография</p> <p>Включва: такъв изпълнен:</p> <ul style="list-style-type: none"> • използвайки: <ul style="list-style-type: none"> • 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
Магнитно резонансен образ	
90901-00	<p>Магнитно резонансна томография на мозък</p> <p>Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])</p>
Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
Компютърна томография на мозък	
	<p>Компютърна томография на глава БДУ</p> <p>Не включва: компютърна томография:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (57001, 57007 [1957]) • и корем (57001-01, 57007-01 [1957]) • лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956]) • средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955]) • орбита (56013-02, 56013-03 [1954]) • питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])
56001-00	Компютърна томография на мозък
56007-00	<p>Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя</p> <p>Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст</p>
1934 Други лабораторни изследвания	
92182-07	<p>Общо изследване на ликвор</p> <p>Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролит</p>
1926 Микробиологични изследвания	
при необходимост:	
92182-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
при необходимост:	
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
	Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
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	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ <i>Включва:</i> отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Транслуменна балонна ангиопластика	
<i>Не включва:</i> периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])	
35303-06	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика Корекция } стеноза на артериовенозна фистула Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиоп
Транслуменна балонна ангиопластика	
<i>Не включва:</i> периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])	
35309-06	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент <i>Не включва:</i> такава при каротидна артерия (35307-00 [754])
35309-07	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове <i>Не включва:</i> такава при каротидна артерия (35307-01 [754])
35307-00	Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент <i>Включва:</i> използване на устройство за емболна протекция
35307-01	Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове <i>Включва:</i> използване на устройство за емболна протекция
Манипулации на дихателни пътища	
<i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор	
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен Ендотрахеална интубация БДУ <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])

такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])
Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

35412-00 Ендоваскуларна оклузия на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация
Транскатетерна емболизация на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация
Включва: поставяне на:
• спирали
• интракраниални:
• балони
• стентове
Катетеризация

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:

- балон
- спирали
- етанол
- желатинова гъба
- лепило
- пластмасови частици

катетеризация

35321-02 Транскатетърна емболизация на интракраниални артерии, неклассифицирани другаде

Не включва: ендоваскуларно запушване на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация (34512-00 [11])

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен 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])

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

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])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

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])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- 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

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (минимум една задължително интервенционална с катетеризация) и две основни терапевтични процедури, от които едната е задължително интервенционална - 35412-00 или 35321-02 или - 35309-06 или 35309-07 или 35307-00 или 35307-01 от посочените в таблица Кодове на основни процедури.

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.

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък)** е задължителна диагностична процедура – провежда се двукратно или трикратно за всеки болничен случай. Първата се провежда при приема на пациента, но не по-късно до първия час от приема. Втората се провежда след 24 час от началото на инсулта след приключване на приложен тромболитик/проведена тромбаспирация/тромбектомия. Третата е контролна – след ендоваскуларна манипулация.

Кодовете от блокове 1923 и 1924 се изследват до третия час от хоспитализацията.

Когато се използват кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Тромболиза и механична тромбектомия/тромбаспирация се извършват до 4.5 - 6 часа (времеви стандарт) от началото на симптомите.

Клинична пътека № 51.2 може да се изпълнява след осъществяване на тромболиза или без предходна тромболиза (КП № 51.1.)

Лечебни заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2) са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.

В случаите, когато ЛЗ има договор само за КП №51.1. същото ЛЗ насочва и осигурява хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.2. при задължително спазване на времевия стандарт.

В случаите, при които се извършва тромболиза с последваща тромбектомия/тромбаспирация, КП № 51 се отчита с кодовете за тромболиза **96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент** и задължителна терапевтична процедура 35309-06 или 35309-07 или 35307-00 или 35307-01.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;

- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия", от обхвата на медицинската специалност „Образна диагностика“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика“.

1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по нервни болести - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“.
2. Клиника/отделение по неврохирургия - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия“.
Клиника/отделение по образна диагностика - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна Диагностика“.
3. Клиника/отделение по интензивно лечение - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.
4. Клинична лаборатория, III-то ниво на компетентност;
5. Ангиографска зала с ангиографска апаратура с денонощен екип 24/7 и апаратура за видеонаблюдение;
6. КТ, КТ дифузия/перфузия, КТ мулти-слайс (спирален скенер).
7. Специализирано невросонологично оборудване от III-то ниво на компетентност (цветен дуплекс сонограф с възможност за мултимодално доплерово мониториране) и най-малко двама лекари с придобита квалификация по невросонология;
8. МРТ с възможност за дифузия, перфузия и магнитно-резонансна ангиография
9. Неврохирургична операционна и неврохирургичен екип на повикване при усложнения на разположение 24/7

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЗАДЪЛЖИТЕЛНАТА АПАРАТУРА:

- Компютърна томография (КТ) с квалифициран екип
 - 1.1. възможност за провеждане до 25 минути от постъпването на пациента в спешно отделение на КТ/КТ-ангиография.
 - 1.2. сензитивност и специфичност при оценка на екстракраниална съдова патология – стенози, мозъчни аневризми.
 - 1.3. Наличие на спирален мултисрезов компютърен томограф с висока пространствена и темпорална резолюция (минимални изисквания):

1.3.1. обхват на скениране - възможност за скениране на минимум 150 см с най-висока. Пространствена резолюция (по-добра от 0,4 мм) за по-малко от 20 сек. Тези изисквания осигуряват възможност извършване на КТ- ангиографии от гръдната аорта до периферните съдове или скениране от главата през шийните прешлени до таза да се осъществява с едно скениране в рамките на 20 сек. - времето за едно задържане на дъха.

1.3.2. Покритие включително ЕКГ-синхронизация - възможност за скениране на целия торакс в рамките на по-малко от 20 сек.

1.3.3. Обработка на образите с алгоритми и софтуер за реконструиране.

1.3.4. Ефективни и лесни за използване параметри за модулация на дозата на рентгеновата тръба и софтуер за всички части на тялото и повечето техники на изследване-по-специално за изследвания на интервенционални КТ функции.

1.3.5. DICOM 3.0 интерфейс, с DICOM функции - Send, -Receive, -Query/Retrieve, - Basic print, -Get Worklist, -Storage Commitment (SC), DICOM MPPS.

1.3.6. двуглав инжектор с автоматично приложение на контраст

2. Магнитно резонансна томография (МРТ)

2.1. възможност за провеждане до 2 часа и осъществяване на:

2.1.1. МРТ дифузия - техниката регистрира >90% от острите исхемии още в първите минути след инцидента и има своята стойност при определяне на механизма на възникването им;

2.1.2. МР артериография - сензитивност и специфичност при оценка на екстракраниална каротидна патология съответно 86% и 98%

2.1.3. МР венография - ефективна неинвазивна техника за диагностициране на венозна тромбоза.

2.2. Система за магнитно-резонансни изследвания – мин.1,5 Т с висока резолюция и магнит с висока проводимост и хомогенност на полето, високопроизводителен градиент и мултиканална радиочестотна подсистема, окомплектован с:

2.2.1. модул за дистанционно мониториране на пациента,

2.2.2. МР обдишващ апарат

2.2.3. МР инжектора

2.2.4. фарадеева клетка

2.2.5. озвучителна система.

2.2.6. Разширени МР ангио изследвания при 2D и 3D динамичен образ, без загуба на пространствената резолюция.

2.2.7. МР ангиография с висока темпорална и пространствена резолюция. Техника, елиминираща артефактите, причинени от движение на пациента по време на получаване на образи при изследване на глава

2.2.8. Техника за динамична контрастна перфузия на мозъка

2.2.9. Интегриране на системата за MRT в болничната мрежа и мрежата за пренос на медицински образни данни /HIS/RIS/PACS/, DICOM worklist Server class , теглене на пациентските данни от болничната мрежа и пациентския архив.

2.2.10. Анестезиологичен апарат валидиран за работа в условията на магнитно поле с интегриран монитор

3. Конвенционална ангиография

3.1. Възможност за провеждане до 60 минути; сериозни усложнения <2%.

3.2. Ангиографска зала, с възможности за провеждане на реанимационни мероприятия, работа с интубирани пациенти (медицински газове, вакуум аспирация) с наличие на стационарна ангиографска система с подово или таванно монтиране

3.2.1. Еднопланов или двупланов дигитален ангиографски апарат с таванно или подово окачване

3.2.1.1. Дълбочина на C- рамото Мин. 92 см

3.2.1.2. Ротация на E - рамото Мин. 35 гр.

3.2.1.3. LAO / RAO ротация Мин. +/- 120 гр.

3.2.1.4. Скорост на LAO / ROA ротация Мин. 25 гр. /сек.

3.2.1.5. CRAN/CAUD ротация Мин. +/- 45 гр.

3.2.1.6. Скорост на CRAN/CAUD движение Мин. 18 гр./сек.

3.2.1.7. Запаметени програми за позициониране мин.55

3.2.1.8. Защита от колизии

3.2.1.9. Автоматично позициониране на статива на база референтен образ.

- 3.2.2. Пациентска маса:
 - 3.2.2.1. Дължина мин. 280 см
 - 3.2.2.2. Минимална товароносимост мин. 275 кг
 - 3.2.2.3. Надлъжно движение на масата Мин.120 см
 - 3.2.2.4. Скорост на надлъжното движенив Мин. 150 мм/сек
 - 3.2.2.5. Напречно движение на масата Мин. +/- 17 см
 - 3.2.2.6. Вертикално движение на масата Мин. 790-1050 мм
 - 3.2.2.7. Устройствата за управление на системата с възможност за монтаж от двете страни на масата
 - 3.2.2.8. Ротация на масата Мин.+/- 90 гр.
 - 3.2.2.9. Контролът на движението на С-рамото, масата и колиматора, на скопичните и графични режими, и на записа на скопия да се извършват от масата
- 3.2.3. Дигитално изображение / режими и постобработка
 - 3.2.3.1. Дигитална субтракционна ангиография / DSA Мин. 30 кадъра/сек.
 - 3.2.3.2. Ротационна DSA Автоматизирана
 - 3.2.3.3. Дигитална ротационна ангиография / DR Мин. 30 кадъра/сек.
 - 3.2.3.4. Периферна дигитална ангиография
 - 3.2.3.5. Възможност за интраартериални интервенции при остро нарушение на мозъчното кръвообращение
 - 3.2.3.6. Roadmap
 - 3.2.3.7. Софтуер за анализ на съдове с диаметър 0.5 мм - 50 мм, количествено измерване на стеноза
 - 3.2.3.8. Софтуер за анализ на лява камера, калкулация на фракция на изтласкване
 - 3.2.3.9. Софтуер за анализ на коронарни съдове, измерване на стеноза чрез геометрични и денситометрични калкулации
 - 3.2.3.10. Софтуер за триизмерни реконструкции на коронарни съдове с определяне нивото на стеноза, измерване на разстояние и диаметър ,
 - 3.2.3.1.1. Възможност за подобряване на остротата и контраста на образа в режим на скопия и при запис
 - 3.2.3.12. Обработки на образа (contrast, brightness, subtraction, landmarking, pixel shift, roam, zoom, негатив/позитив и др.)
 - 3.2.3.13. Задаване на анотации
 - 3.2.3.14. Възможност за преглед на образите при бавна скорост, кадър по кадър, напред и назад;
 - 3.2.3.15. Възможност за запис на серии скопични образи
 - 3.2.3.16. Софтуерен пакет за количествени измервания на ъгли, дължини, количествена калибрация и др.
 - 3.2.3.17. Онлайн образна памет при максимална матрица и степен на сивата скала мин. 50 000 образа.
 - 3.2.3.18. Архивиране на изследванията на CD/DVD в DICOM формат
 - 3.2.3.19. Пълни DICOM функционални възможности (storage, print, query, retrieve)
 - 3.2.3.20. Възможност за включване в болнична информационна система
- 3.2.4. Хемодинамична система с възможност за:
 - 3.2.4.1. Непрекъснато мониториране на ЕКГ с минимум 2 отвеждания,
 - 3.2.4.2. Инвазивно измерване на артериално налягане с възможности за минимум 2 налягания, оксиметрия
 - 3.2.4.3. Анализ данни от измерване на наляганията за: ударен обем, изчисление на кръвотока и др
 - 3.2.4.4. Възможност за архивиране на DVD
 - 3.2.4.5. Подробен хемодинамичен анализ. Рапорти
- 3.2.5. Високо специализирана работна станция за постпроцесинг състояща се от хардуер и софтуер за 3D real time обемни реконструкции. DICOM 3.0 съвместима.
 - 3.2.5.1. Софтуер за планиране и изпълнение на емболизации.
 - 3.2.5.2. Софтуер за анализ на аневризми и виртуално стентирание обвързано със сегментиране на интракраниални аневризми, включващо определяне на обем, височина, дължина, диаметър за целите на виртуалното планиране
 - 3.2.5.3. Софтуер за наслагване на цветни 3D обеми с конвенционални флуоро, както и със субтрахирани флуоро образи/филми

3.2.5.4. Софтуер за прединвазивно планиране на лечението 3D- real time интегриран водач за интервенционални процедури.

3.2.5.5. DSA и високоскоростен преглед на нативни и субтрахирани образи

3.2.5.6. Софтуер за визуализиране и анализ на кръвния ток и перфузията на изследвания орган и зони на интерес. Визуализиране чрез цветна карта на целия орган и графики за анализ на зоните на интерес.

2.3.4. Ултразвукова (УЗ) диагностика на екстракраниални съдове посредством дуплекс сонограф, съгласно стандарт „Нервни болести“

2.3.4.1. Транскраниален дуплекс/доплер - за диагностициране на съдови стенози, оклузии и спазъм, реканализация след тромболитична терапия.

2.3.4.2. Ехограф с възможност за Трансторакална и транsezофагеална ехокардиография - предвид значителния процент кардиоемболична генеза на инсултите; регистрира наличие на тромби, клапна патология, оценка на левокамерна функция и т.н.

2.4. Осигуреност с консумативи и медицински изделия

2.4.1; Необходими консумативи:

2.4.1.1. Сет за диагностична мозъчна ангиография включващ: покривен сет, 2 панички за контраст и серум, артериален интродюсер, диагностичен катетър, хидрофилен водач - 0,035“

2.4.1.2. Интервенционален интродюсер (дезиле) - 90 или 100 см; 6,7,8 Fr

2.4.1.3. Въвеждащ катетър за дълбока катетеризация на каротис интерна – позволяващ преминаването на тромбаспитатор и/или устройство за стент-асистирана тромбекстракция (UCET).

2.4.1.4. Твърди обменни водачи тип Амплац (Amplatz superstiff) 0,035“

2.4.1.5. Въвеждащ катетър с балон за окузия по време на аспирация

2.4.1.6. Тромб-Аспирационни катетри за интракраниална тромбаспирация

2.4.1.7. Интервенционални водачи предназначени за навигация на интракраниалната циркулация - 0,014“

2.4.1.8. Микрокатетри за навигация на интракраниалната циркулация

2.4.1.9. UCET, англ. Stent retrievers с доставящ катетър

2.4.1.10. Фибринолитик за интраартериална употреба - rTPA

2.4.1.11. Устройство за затваряне на достъпа през а. феморалис

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- Началник клиника/отделение - лекар-хабилитирано лице с призната специалност по нервни болести, с опит в диагностицирането и лечението на мозъчно-съдовите заболявания най-малко 5 години, след придобиване на специалност, с участие в квалификационни курсове и наличие на научни публикации по темата. Необходимо е да бъде на разположение 24/7.

- Невролог – брой специалисти, съгласно медицински стандарт по „Неврология“, като един от тях е с невроинтервенционален профил, на разположение 24/7, притежаващи най-малко 5 годишен опит след придобиване на специалност, притежаващ международни и/или български сертификати за ендоваскуларна диагностика и лечение (последните са издадени от Ректор на медицински университет), удостоверяващи обучението по интервенционална неврология;

и/или

- Лекари със специалност по образна диагностика, съгласно медицински стандарт по „Образна диагностика“, от които задължително един, притежава свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“, притежаващ международни и/или български сертификати, (последните са издадени от Ректор на медицински университет), удостоверяващи обучението по ендоваскуларна образна диагностика и лечение;

и/или

- Лекари със специалност по неврохирургия, съгласно медицински стандарт по „Неврохирургия“, като задължително един от тях има професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия“, притежаващ международни и/или български сертификати, удостоверяващи обучението (последните са издадени от Ректор на медицински университет), удостоверяващи обучението по ендоваскуларна диагностика и лечение;
- Специалист по анестезиология и интензивно лечение;
- Специалист по клинична лаборатория;

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.

Механична тромбаспирация и/или тромбектомия се провежда до 6-я час от началото на исхемичния мозъчен инсулт

1.2. Индикации за механична тромбаспирация/тромбектомия

1.2.1 Индикации за механична тромбаспирация/тромбектомия (без предшестваща интравенозна) тромболиза може да се проведе при следните условия:

Остър ИМИ в рамките на 4.5-ти час от началото с КТ/MPT ангиографски данни за симптоматична тромбоза на вътрешна каротидна артерия, M1 или проксимален M2 сегмент на СМА, базилярна артерия

Контраиндикации за провеждане на интравенозна тромболиза (напр. повишени стойности на INR)

1.2.2 Индикации за механична тромбаспирация/тромбектомия (след предшестваща интравенозна) тромболиза може да се проведе при следните условия:

Липса на подобрение или влошаване след провеждане на интравенозна тромболиза при липса на кървене;

Липса на реканализация или ранна реоклузия след провеждане на интравенозна тромболиза

При КТ/MPT ангиографски данни за симптоматична тромбоза на вътрешна каротидна артерия, M1 или проксимален M2 сегменти на СМА, базилярна артерия

До 6 – ти час от началото на исхемичния мозъчен инсулт

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Решението за невроинтервенционално лечение се взема от ръководителя на мултидисциплинарния екип, невролог със сертификат за ендоваскуларна диагностика и лечение, специалист по образна диагностика, неврохирург и анестезиолог. Решението се записва в протокол, който е неразделна част от ИЗ.

Мултидисциплинарният екип може да бъде структуриран и по следния начин: ръководител на мултидисциплинарния екип, невролог, неврохирург, специалист по образна диагностика с инвазивна и интервенционална правоспособност и анестезиолог.

или

Ръководител на мултидисциплинарния екип, невролог, специалист по образна диагностика, анестезиолог и неврохирург с инвазивна и интервенционална правоспособност.

Осъществява се незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план. След получаване на информирано съгласие от пациента или негов упълномощен представител се провежда интервенционалното лечение при остър инсулт.

При невъзможност на пациента да разбере и подпише информирано съгласие, както и при отсъствие на близки или упълномощен представител на пациента, процедурите се извършват по витални индикации въз основа на преценка от мултидисциплинарния екип, като се отрази стриктно в медицинската документация.

Протокол (критерии) за провеждане на интраваскуларна тромболиза

ПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Ишемичен мозъчен инсулт до шест часа след началото на симптоматиката.		
2. Неврологичен дефицит по скалата за оценка на мозъчните инсулти NIHSS по-голямо или равно на 6 точки		
3. Нормален КТ на главен мозък или белези на ранна исхемия, но с хиподензна зона, не по-голяма от 1/3 от мозъчната хемисфера.		
4. ASPECTS по-голямо или равно 6 точки		
5. Модифицирана скала на Rankin - 0 или 1		
6. Възраст над 18 г.		
7. Пациентът и/или близките му да бъдат информирани за процедурата и да подпишат информирано съгласие Пациентът има всички показания		

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Пациенти, при които симптоматиката е повече от 6 часа		
2. Неврологичен дефицит по скалата за оценка на мозъчните инсулти NIHSS по-малко от 6 точки		
3. Хиподензна зона, по-голяма от 1/3 от басейна на средна мозъчна артерия.		
4. Интракраниален кръвоизлив с различна локализация.		
5. Повишен риск от кървене: <ul style="list-style-type: none"> * при систолично RR над 185 и диастолично над 110 мм Hg; * анамнеза за предишна интракраниална хеморагия; * пациенти на антикоагулантно лечение с INR над 1.7; * прием на хепарин и удължено aPT; * През предходните 48 часа са били на лечение с директни тромбинови инхибитори или директни инхибитори на фактор Ха (клас III, ниво C). Изключение може да се направи ако aPTT, INR, тромбоцитите, тромбиновото време и активността на директния фактор Ха са в границите на нормата и/или пациента не е получавал тези медикаменти повече от 48 часа. * тромбоцити под 100000; * прекарана травма на мозъка или ИМИ през последните 3 месеца, интракраниална неоплазия, АВ-малформация, аневризма; * варикоза на хранопровода; * тежко неопластично и чернодробно заболяване, включително цироза или активен хепатит; * големи операции или тежки травми през последните 14 дни. * кръвоизливи от гастроинтестиналния или уринарния тракт през последните 21 дни * данни за активно кървене или остра травма (фрактура) 		
6. Тежка черепно-мозъчна травма (фрактура или контузия на мозъка през последните три месеца)		
7. Кръвна захар под 2,7 ммол/л		
8. При деца, бременни и кърмещи		
9. Гърчове – постиктална резидуална неврологична симптоматика		
10. Психиатрично или неврологично заболяване, непозволяващо неврологична оценка		
11. Бактериален ендокардит, перикардит, остър панкреатит		
Пациентът има ли поне ЕДНО от горните противопоказания.		

За подбор на болните е използвана 10-точковата скала ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT score). Тя е разработена при стандартната КТ на глава като възпроизводимата система за оценка на ранни исхемични промени при остър исхемичен инсулт в територията на предната циркулация. Скалата оценява два стандартни региона на територията на СМА: ниво базални ганглии (thalamus, basal ganglia, nucleus caudatus) и супраганглионерно ниво (включващо centrum semiovale и corona radiata). Оценява се площта на мозъчна промяна в най-малко два последователни среза. При липса на мозъчна исхемия и нормална КТ на глава броят на максималните точки по скалата е 10.

При наличието на остра исхемия за всяка територия, посочена по-долу, се изважда по 1 точка.

1. n. caudatus
2. putamen
3. capsula interna
4. инсуларен кортекс
5. M1 предна мозъчна кора (фронтален оперкулум)
6. M2 мозъчна корова зона, латерално от инсуларния кортекс (преден темпорален лоб)
7. M3 заден темпорален лоб
8. M4 непосредствено над M1
9. M5 непосредствено над M2
10. M6 непосредствено над M3

ASPECTS < 6 е показател за повишен риск от симптоматично кървене и се асоциира с лоша прогноза до 3-тия месец след инсульта. Резултат 0 показва обширен инсулт, ангажиращ цялата територия на СМА, резултат 10 показва нормален СТ, без белези на исхемия. Скалата има някои ограничения, които се отнасят до: територия само на СМА; затруднена интерпретация на промените в M2 сегмента на СМА поради артефакти по базата на черепа; трудно оценяване на инфаркти в граничните зони (т.нар. Watershed infarcts); грешно интерпретиране на възрастови субкортикални и перивентрикуларни промени в бялото мозъчно вещество; артефакти в образа от движение или промени в наклона.

За определяне на функционалната им независимост на пациентите преди исхемичния мозъчен инсулт се използва модифицираната Ранкин скала:

Без симптоми	
0	Без симптоми
1	Без значима инвалидизация, въпреки симптоматиката; способен да се самообслужва и да изпълнява обичайните ежедневни функции.
2	Лека инвалидизация - способен да се самообслужва, не може да изпълнява всички обичайни ежедневни функции без помощ
3	Умерена инвалидизация - изисква определена помощ за самообслужване; придвижва се без чужда помощ.
4	Умерено тежка инвалидизация - неспособен да се самообслужва и придвижва без помощ.
5	Тежка инвалидизация - на легло, инконтиненция, изисква постоянни грижи.
6	Смърт.
	Общ брой точки

Механична тромбаспирация/тромбектомия

Необходимите диагностични и интервенционални процедури се осъществяват, съгласно приетите европейски и/или национални правила за добра медицинска практика.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

исхемичен мозъчен инсулт (ИМИ) в голямо мозъчните хемисфери:

- лек (оценка по скалата Глазгоу-Лиеж 20 – 17 точки);
- умерено тежък (оценка по скалата Глазгоу-Лиеж 16 – 12 точки);
- тежък (оценка по скалата Глазгоу-Лиеж под 12 точки).

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО							
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ									
Спонтанно	4								
На повикване	3								
На болка	2								
Няма отговор	1								
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР									
Ориентиран	5								
Объркан	4								
Неадекватен	3								
Неразбираем	2								
Няма отговор	1								
МОТОРЕН ОТГОВОР									
Подчинява се	6								
Локализира	5								
Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия	4								
	3								
Абнормна екстензия	2								
Няма отговор	1								
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ									
Фронт - орбикуларен	5								
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4								
Зенична реакция на светлина	3								
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2								
Окулокардиален	1								
Няма отговор	0								
ОБЩ СБОР:									

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване. Необходимо е оценка на състоянието и с NIHSS скалата.

National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS

Инструкции за изследователя

Прилагайте отделните пунктове от скалата за оценка на болните с мозъчни инсулти в изброения ред. След всеки последователен тест записвайте резултата за всяка категория на скалата. Не се връщайте обратно и не поправяйте резултата. Следвайте указанията, предоставени за техниката на всяко изследване. Резултатът трябва да отразява това, което пациента може, а не онова, което клиницистът мисли, че болният може. Клиницистът трябва да записва резултатите докато провежда изследването и да работи бързо. С изключение на посочените места, болният не трябва да бъде упражняван, сугестиран и трениран (напр. повтаряне на изискването болният да направи дадено специално усилие).

Ако даден въпрос остане неизследван, е необходимо да се напише детайлно обяснение за това във формуляра. Всички непопълнени пунктове трябва да бъдат прегледани от медицинския монитор и дискутирани с изследователя по телефона.

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат, изключете от точка 7-ма (Атаксия на крайниците) кодовете за засегнати крайници (дясна и/или лява ръка и крак 0 = Не, 1 = Да). За точка 5, 6, 7 и 10, също изключете резултата от 9 точки.

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
1а. Ниво на съзнание (количествени нарушения на съзнанието): Изследователят трябва да избере един	0 = буден, адекватно реагиращ. 1 = сомнолентен, но се събужда при минимални стимули за да изпълни	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
<p>отговор, дори ако цялостната оценка е проблематична, поради причини като поставена ендотрахеална тръба, езикова бариера, оротрахеална травма / превръзки. 3 точки се дават само ако в отговор на болезнена стимулация, болният не прави никакво движение (с изключение на рефлексна поза).</p>	<p>команди, да отговори или да реагира. 2 = не е буден, за изпълнение на команда са необходими неколнократни стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори, или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).</p>	
<p>1б. Въпроси при нарушение на съзнанието: На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущия месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен – не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят, поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем, произтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не “помага” на пациента чрез вербални или невербални начини.</p>	<p>0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса</p>	
<p>1в. Команди при нарушение на съзнанието: Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едно-стъпкови команди. Оценява се само първият опит.</p>	<p>0 = изпълнява правилно и двете команди 1 = изпълнява правилно само една команда 2 = не изпълнява правилно и двете команди</p>	
<p>2. Очни движения/ погледни парези: Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват волевите или рефлекторните (окулоцефални) очни движения, без провеждане на калоричен тест. Пациентът получава 1 точка ако има конюгирано отклонение на очите, което може да бъде преодоляно чрез волева или рефлекторна активност. Ако болният има изолирана периферна лезия на III, IV или VI ЧМН, получава също 1 точка. Погледът може да се тества при всички</p>	<p>0 = няма погледни парези; нормални очни движения 1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа 2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да</p>	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
болни с афазия. Болните с очни травми, превръзки, предшестваща слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения, или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.	бъдат преодолени чрез окулоцефалните рефлексни похвати	
3. Зрителни нарушения /зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.	0 = без зрителни нарушения 1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия) 2 = пълна хемианопсия 3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)	
4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите, или използвайте пантомима за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни, отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и др.), трябва да я премахнете доколкото е възможно.	0 = нормални симетрични движения 1 = лека пареза (изгладена назолабиална гънка, асиметрия при показване на зъбите и усмихване) 2 = частична парализа (тотална или почти тотална парализа на мускулатурата на долната част на лицето) 3 = тежка (тотална) парализа на едната или двете страни (липса на мускулно движение в долната и горната част на лицето)	
5. и 6. Двигателна дейност – ръка и крак: 5а. Лява ръка 5б. Дясна ръка Всеки крайник се изследва последователно, започвайки с непаретична ръка, ако е ясно коя е. Крайникът се поставя в съответната позиция: екстензия на ръцете (дланите надолу) при 90 градуса в изправено положение и при 45 градуса в легнало положение, а краката при 30 градуса (винаги в легнало положение). Отклонението се точкува ако ръката пада	0 = няма отпускане (пронация), задържа крайника на 90° (или 45°) за 10 секунди или повече. 1 = пронация, задържа крайника на 90° (или 45°), но се отпуска преди 10-та секунда, без да пада на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, болният не може да достигне или задържи крайника на 90° (или съответно 45°), пронира и отпуска до леглото, но оказва някаква съпротива срещу гравитацията.	Л..... Д.....

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
<p>преди 10-та секунда, а кракът преди 5-та секунда. Пациентите с афазия се окуражават да задържат крайниците чрез интонация на гласа и пантомима, но без използване на болезнена стимулация. Оценка 9 може да се даде само в случаите с ампутация или ставна неподвижност (анкилоза, контрактура) в раменната и тазобедрената става.</p>	<p>3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада.</p> <p>4 = няма (невъзможно е) движение</p> <p>9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:</p>	
<p>6а. Ляв крак 6б. Десен крак</p>	<p>0 = няма пронация, задържа крайника на 30° за цели 5 сек. или повече.</p> <p>1 = отпускане, крайника започва да пада от края на 5-та секунда, без да падне на леглото.</p> <p>2 = има известна съпротива срещу гравитацията, кракът пада на леглото за 5 секунди, но оказва известна съпротива срещу гравитацията.</p> <p>3 = няма съпротива срещу гравитация, кракът пада веднага.</p> <p>4 = няма (невъзможно е) движение</p> <p>9 = ампутация, ставна анкилоза</p>	<p>Л.....</p> <p>Д.....</p>
<p>7. Атаксия на крайниците: Целта на изследването е да се разкрият данни за едностранна церебеларна лезия. Изследването се прави с отворени очи. В случай на зрителен дефект, осигурете изследването в интактното зрително поле. Носопоказалечната и коляно-стъпалната проби се извършват двустранно, като атаксията се оценява извън пропорцията, съответстваща на мускулна слабост (при пареза). Атаксия липсва при болни, които не разбират командата и са парализирани. Оценка "9" може да се даде в случаи с ампутация и ставна контрактура (неподвижност) или някаква фрактури. В случай на слепота, тествайте докосването на носа от изпънато положение на ръката.</p>	<p>0 = липса на атаксия</p> <p>1 = атаксия само в един крайник</p> <p>2 = атаксия в два крайника</p> <p>При наличие, атаксията е в: дясната ръка – да = 1, не = 0</p> <p>9 = ампутация, ставна контрактура в лявата ръка - да = 1, не = 0</p> <p>9 = ампутация, ставна контрактура в дясната ръка - да = 1, не = 0</p> <p>9 = ампутация, ставна контрактура в десния крак - да = 1, не = 0</p> <p>9 = ампутация, ставна контрактура в левия крак - да = 1, не = 0</p>	
<p>8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови стимули (защитната реакция). Като абнормна се тества само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по "хеми" тип. Резултат 2 "тежка или тотална сетивна увреда" се дава само при случаи, когато може ясно да се демонстрира тежка или пълна загуба на сетивност. Ето защо пациентите със сопор или афазия най-вероятно ще получат оценка 1 или 0.</p>	<p>0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди</p> <p>1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемихипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка при убождане, но болният съзнава, че е докосван.</p> <p>2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.</p>	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
<p>Болните със стволос инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки.</p> <p>Пациентите в кома (при тест 1а = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.</p>		
<p>9. Най-добро езиково представяне: (афазия)</p> <p>От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложения лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на тестовите, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (1а = 3 т.) получават арбитражно 3 точки при това изследване. Изследователят трябва да избере резултат при болни в сопор или при нежелание за сътрудничество, но резултат от 3 точки трябва да се използва само ако болният е ням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.</p>	<p>0 = няма афазия, нормални езикови способности</p> <p>1 = лека до умерена афазия; определена загуба на възможността за говорене (плавността на говора) и разбирането (схващане на езика), без значимо ограничение на идеаторната експресия или формата на експресия. Намалените речеви способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листове с картинки) труден или невъзможен.</p> <p>Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал.</p> <p>2 = тежка афазия; цялата комуникация е накъсана (фрагменти-рана експресия); съществува голяма необходимост от намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния не може да се идентифицират предоставените предмети и картини.</p> <p>3 = мутизъм, глобална афазия; няма използвани артикулационна реч или слухово разбиране.</p>	
<p>10. Дизартрия:</p> <p>Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се оцени чрез покана да прочете и повтори думите от приложения лист. Ако пациентът има тежка афазия, то яснотата на артикулацията му може да бъде точкувана при спонтанна реч.</p> <p>Оценка от "9" точки се дава само ако болният е интубиран или има друга физическа бариера за произвеждане на реч. Не казвайте на пациента/ката с каква цел го изследвате.</p>	<p>0 = нормална артикулация</p> <p>1 = лека до умерена дизартрия; болният не изговаря добре поне някои думи или, в най-лошия случай, може да бъде разбран със затруднение.</p> <p>2 = тежка дизартрия; речта на пациента е променена до неразбираемост, при липса или извън някаква степен на афазия; или болният е с мутизъм/анартрия.</p>	
<p>11. Екстинция и невнимание (едностранно игнориране, неглект):</p> <p>От предишните изследвания може да се получи достатъчно информация за наличие на синдром на игнориране.</p> <p>Ако болният има тежко зрително нарушение, което възпрепятства двустранната зрителна симултанна</p>	<p>0 = без абнормности</p> <p>1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция</p>	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
стимулация, а сетивните стимули от кожата се възприемат нормално, резултатът от теста е нормален. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	при билатерални симултанти стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	

ПРОТОКОЛ ЗА ИНТРААРТЕРИАЛНА ТРОМБОЛИЗА/МЕХАНИЧНА ТРОМБЕКТОМИЯ/ТРОМБАСПИРАЦИЯ

Име:

ЕГН □□□□□□□□□□

ИЗ №: □□□□□

Телесно тегло:

Час на ИМИ

NIHSS:

Glasgow-Liege Coma Scale:

mRS:

RR:

ПОВЕДЕНИЕ
1. Интраартериално приложение на tPA 2. Механична тромбектомия/тромбаспирация 3. Поставяне на мониторен контрол и определяне на кръвна група 4. Артериалното налягане да се поддържа в стойности не по-високи от 150/90 5. Не се извършва лумбална пункция по време и 48 часа след лечението с tPA. Поставянето на назогастрална сонда, уринарен катетър или ендотрахеална интубация, при необходимост, трябва да се извършат преди началото на инфузията или да бъдат отложени след 24 часа.

Време на стартиране:

Приложен медикамент общо:мг

Край на процедурата:

Време	Неврологична оценка (вкл. NIHSS)	Витални белези			
		RR	Пулс	t°C	Дишане
Начало					
15 мин					
30 мин					
45 мин					
60 мин					
1 ч 15 м					
1 ч 30 м					
1 ч 45 м					
2 час					
2 ч 30 м					
3 час					
3 ч 30 м					
4 час					
4 ч 30 м					
5 час					

Време	Неврологична оценка (вкл. NIHSS)	Витални белези			
		RR	Пулс	t°C	Дишане
5 ч 30 м					
6 час					
7 час					
8 час					
9 час					
10 час					
11 час					
12 час					
13 час					
14 час					
15 час					
16 час					
17 час					
18 час					
19 час					
20 час					
21 час					
22 час					
23 час					
24 час					
	Приложена есктра-интракраниална цветно-кодирана дуплекссонография На 0, на 60 мин., на 24 час <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ				
	Приложен КТ НА ГЛАВЕН МОЗЪК Контролен на 24 час <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ				
1 д 4 ч					
1 д 8 ч					
1 д 12 ч					
1 д 16 ч					
1 д 20 ч					
48 час					

КРЪВНОТО НАЛЯГАНЕ НАДВИШИЛО ЛИ Е 150/90 ПРЕЗ МОНИТОРИРАНИЯ ПЕРИОД

☐ ДА ☐ НЕ

ПОДЪРЖАНЕ НА АДЕКВАТНО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ:

- Увеличаване честотата на измерване на RR при систолично ≥ 180 mm Hg или диастолично налягане ≥ 105 mm Hg
- При диастолично налягане над 105 mm Hg или систолично налягане над 180 mm Hg се прилага венозно Glyceryl trinitrate.

УСЛОЖНЕНИЯ	ПОВЕДЕНИЕ ПРИ УСЛОЖНЕНИЕ
При развитие на тежко главоболие, остра хипертонична реакция, гадене, повръщане, влошаване на съзнанието и неврологичния статус.	Прекратете инфузията Направете спешен КТ Изследвайте ПТВ, aPTT, тромбоцити и фибриноген.
При КТ данни за кръвоизлив	Прекратете инфузията, ако не е спряна. Симптоматично лечение и субституираща терапия: - 6-8 единици криопреципитат, съдържащ фибриноген и фактор VIII; - 6-8 единици тромбоцити, и/или прясно замразена плазма. Неврохирургична и хематологична консултация (по преценка).
Нежелани и странични ефекти Най-честият от тях е кървене с последващо намаляване на хематокрита и хемоглобина. Кръвоизливите при терапия с <i>тромболитиксе</i>	Симптоматично лечение и субституираща терапия.

УСЛОЖНЕНИЯ	ПОВЕДЕНИЕ ПРИ УСЛОЖНЕНИЕ
разделят основно на два вида 1. Повърхностни (убождане с игла и др.) 2. Вътрешни (стомах и др.) 3. Повторна тромбоемболия Кръвозагуба в гастроинтестиналната, уrogenиталната или ретроперитонеалната област. Много по-често се наблюдават екхимози, кървене от носа или от зъбите	

Подпис на лекуващия лекар:

Фишът за лечение с тъканен плазминогенен активатор става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението трябва да се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона(ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....
.....

ЕГН □□□□□□□□□□

ИЗ №: □□□□□

ЛЕЧЕНИЕ С тъканен плазминогенен активатор фабричен № на флакона
Индикации

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и и едно или повече от следните условия:

установяване на топичната диагноза – чрез КТ/МРТ;

проведена тромбектомия/тромбаспирация;

стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;

липса на остър възпалителен процес;

Непосредствено след медицинската процедура по тромбекстракция/тромбаспирацията или друга ендоваскуларна процедура се извършва контролна КТ или МРТ.

След изписване от болницата болните с ИМИ се насочват да продължат лечение (посочено в епикриза) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

Катетеризационният протокол от извършеното ендоваскуларно лечение изследване се подписва от специалиста, осъществил интервенционалната процедура; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване.

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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).;

Обща стойност:							

дата на изписване:		<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	ден	месец	година	
Директор на лечебното заведение:		Лекар, вложил МИ:		
подпис и печат на лечебното заведение		фамилия, подпис		

**ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ
“ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.**

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболяемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекар от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание) в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 52 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМЕН МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ

КП № 52.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМЕН МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 7 дни
При насочване за оперативно лечение – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вътремозъчен кръвоизлив

Не включва: последици от вътремозъчен кръвоизлив (I69.1)

- I61.0 Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, субкортикален**
Дълбок вътремозъчен кръвоизлив
- I61.1 Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, кортикален**
Кръвоизлив в мозъчен дял
Повърхностен вътремозъчен кръвоизлив
- I61.2 Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, неуточнен**
- I61.3 Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчния ствол**
- I61.4 Вътремозъчен кръвоизлив в малкия мозък**
- I61.5 Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчно стоматхче**
- I61.6 Вътремозъчен кръвоизлив с множествена локализация**
- I61.8 Друг вътремозъчен кръвоизлив**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

- 39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
 - лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
 - средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
 - орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
 - питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

- 56001-00 Компютърна томография на мозък
- 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
1934	Други лабораторни изследвания
92182-07	Общо изследване на ликвор Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити
1926	Микробиологични изследвания
при необходимост:	
92182-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
при необходимост:	
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ <i>Включва:</i> отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Манипулации на дихателни пътища	
<i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор	
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен Ендотрахеална интубация БДУ

	<p><i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода</p>
22008-00	<p>Ендотрахеална интубация, двоен лумен</p> <p><i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода</p>
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92036-00	<p>Поставяне на назогастрална сонда</p> <p>Сондиране за декомпресия</p> <p><i>Не включва:</i> Sengstaken тръба (13506-00 [1899])</p>
Вентилаторно подпомагане	
	<p>Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия</p> <p>Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия</p> <p>Променлива задължителна вентилация [IMV]</p> <p>Инвазивна вентилация</p> <p>Механична вентилация</p> <p>Налягане с позитивен експираторен край</p> <p>Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]</p> <p>Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]</p> <p><i>Включва:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ендотрахеална: <ul style="list-style-type: none"> • интубация • асистирано дишане механична вентилация с: <ul style="list-style-type: none"> • ендотрахеална тръба (ETT) • назална • орална • трахеостомия <p>отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • трахеостомия: • перкутанна (41880-00 [536]) • постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536]) <p><i>Не включва:</i> продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])</p> <p>дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])</p> <p>вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])</p> <p>неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])</p>
13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
92062-00	<p>Приложение на друг серум</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
Приложение на фармакотерапия	
	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:

- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

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, противоинокциозен 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])

96199-09 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
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
<i>Кодирай също когато е направена:</i>	
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])	

Изискване: Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Процедура 56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (или 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък), е задължителна диагностична процедура, която се провежда в първите 24 часа (по изключение до 72 час) от хоспитализацията.

Кодовете от блокове 1923 и 1924, се изследват **в първите 6 часа от хоспитализацията.**

Когато се използват кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно хирургично лечение на кръвоизлив в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, **отделение/клиника от I ниво** на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

1. 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. Неврологична клиника/отделение
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Консервативно лечение на мозъчен кръвоизлив – остър стадий.
- Диагностика на пациенти с клинични и/или данни от образни изследвания за мозъчен кръвоизлив – остър стадий и оценка на терапевтичните алтернативи.

Болните със спонтанен интракраниален кръвоизлив се хоспитализират за своевременно установяване вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОРМК соматични заболявания.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- ЕКГ;
- очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- ангиография на мозъчни артерии (магнитно-резонансна, КТ- или конвенционална) – по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;

- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

Критерии за паренхимен мозъчен кръвоизлив (ПМК) - лека степен:

1. Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж - 20 – 17 точки;
2. Липса на тежки соматични заболявания;
3. Лек неврологичен дефицит – парези на крайниците.

Критерии за паренхимен мозъчен кръвоизлив (ПМК) - умерена и тежка степен:

1. Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж ≤ 16 точки;
2. Наличие на тежки соматични заболявания;
3. Тежък неврологичен дефицит.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия	4										
	3										
Абнормна екстензия	2										
Няма отговор	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронт - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE, наличието на тежки соматични заболявания и неврологичен дефицит, задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта:

- ангиография (магнитно-резонансна, КТ- или конвенционална) – по преценка;
- ехокардиография – по преценка.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМНИЯ МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ (ПМК)

Включва комбинирани, консервативни и оперативни терапевтични подходи, насочени за лечение преди всичко на основното заболяване, довело до развитие на мозъчен кръвоизлив, лечение на мозъчния оток и интракраниалната хипертензия.

Специфично медикаментозно лечение:

• за артериалната хипертония се прилага антихипертензивна терапия; не трябва да се снижава систолното артериално налягане с повече от 30% в първите 24 часа след мозъчно съдовия инцидент;

• противооточно лечение (при умерени и тежки ПМК) – манитол 1-2 g/kg/24 часа, разделен на 4-6 бързи интравенозни болусни инфузии и/или фуросемид 20-40 mg венозно;

• кръвоспиращи медикаменти, като витамин К и др., се прилагат само при наличие на кръвни заболявания, коагулопатии и тежки чернодробни заболявания.

Индикациите за оперативно отстраняване на хематома са в зависимост от неговите локализация и големина и от общото състояние на болния. При лобарните хематоми и особено при тези в недоминантната голямомозъчна хемисфера и малкомозъчните хематоми може да се обсъжда оперативната им евакуация, особено при случаите когато започнатото консервативно лечение не дава благоприятни резултати и състоянието на болния продължава да се влошава.

При обсъждане на възможността за оперативно лечение е необходимо да се подхожда строго индивидуално поради следните причини:

• ако общото състояние на болния е нестабилно и са налице тежки соматични заболявания, хирургичното лечение не е най-подходящия терапевтичен метод;

• ако болният е с траен тежък неврологичен дефицит – евакуацията на хематома с нищо не би допринесла за подобрението на състоянието на болния;

• при възрастни болни с деменция - оперативното лечение няма да подобри цялостния неврологичен дефицит;

• при болни с мозъчна амилоидна (конгофилна) ангиопатия - оперативното лечение на интрацеребралния хематом може да доведе до вторично продължително кървене;

• при ПМК и вторично развитие на хидроцефалия може да се обсъжда извършването и на вентрикулен дренаж.

Неспецифично лечение на ОРМК:

• профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;

• корекция на артериалното налягане;

• корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;

• противооточно лечение – манитол – 1-2 g/kg/24 ч., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуросемид 20 - 40 mg венозно;

• аналгетици (metamizole sodium);

• седация – бензодиазепини производни (диазепам);

• хидратация с леулозни и водно-солеви разтвори;

• кислородолечение при SaO₂ <90%;

- инсулин при кръвна захар >12mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) – според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) – метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

При остра хидроцефалия – консултация с неврохирург за евентуално поставяне на вентрикуло-перитонеален или вентрикуло-атриален шънт.

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

- ендотрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

Преценката за степента на тежест при паренхимните мозъчни кръвоизливи се прави на база скалата на Глазгоу-Лиеж, наличието или липсата на придружаващи тежки соматични заболявания и според тежестта на неврологичния дефицит.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (стационариране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната диагноза - чрез КТ или МРТ;
- липса на остър възпалителен процес;
- оценена необходимост и възможност за последващо неврохирургично лечение.

Пациентите се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболяемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата, за да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 52 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМЕН МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ

КП № 52.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМЕН МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 7 дни

При насочване за оперативно лечение – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вътремозъчен кръвоизлив

Не включва: последици от вътремозъчен кръвоизлив (I69.1)

- | | |
|-------|---|
| I61.0 | Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, субкортикален
Дълбок вътремозъчен кръвоизлив |
| I61.1 | Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, кортикален
Кръвоизлив в мозъчен дял
Повърхностен вътремозъчен кръвоизлив |
| I61.2 | Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, неуточнен |
| I61.3 | Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчния ствол |
| I61.4 | Вътремозъчен кръвоизлив в малкия мозък |
| I61.5 | Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчно стомахче |
| I61.6 | Вътремозъчен кръвоизлив с множествена локализация |
| I61.8 | Друг вътремозъчен кръвоизлив |

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

- | | |
|----------|--------------------------------------|
| 39000-00 | Лумбална пункция
Спинална пункция |
|----------|--------------------------------------|

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

- | | |
|----------|--------------------------------|
| 56001-00 | Компютърна томография на мозък |
|----------|--------------------------------|

- | | |
|----------|--|
| 56007-00 | Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст |
|----------|--|

Друга ангиография

- | | |
|----------|---------------------|
| 59970-02 | Мозъчна ангиография |
|----------|---------------------|

Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
1934 Други лабораторни изследвания	
92182-07	Общо изследване на ликвор Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити
1926 Микробиологични изследвания	
при необходимост:	
92182-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
при необходимост:	
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
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	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ <i>Включва:</i> отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Манипулации на дихателни пътища	
<i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор	
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен Ендотрахеална интубация БДУ <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
22008-00	Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

В-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане]
[контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба –
трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв
метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:

- албумин
- плазма (пряко замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране,
по видове, по локализация)

- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

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, противоиноктиозен 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])

96199-09 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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Процедура 56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (или 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък), е задължителна диагностична процедура, която се провежда в първите 24 часа (по изключение до 72 час) от хоспитализацията.

Кодовите от блокове 1923 и 1924, се изследват **в първите 6 часа от хоспитализацията.**

Когато се използват кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно хирургично лечение на кръвоизлива в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, **отделение/клиника от I ниво** на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

1. 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 неврология или Клиника/отделение по детска неврология или Клиника/отделение по неонатология от II и III ниво – само за новородени до 28 ден
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст от 28-ия ден до 18 годишна възраст:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

или

- лекар със специалност по детска неврология или лекар със специалност по педиатрия и опит в детската неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар със специалност по неонатология.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Трансфонтанелна ехография – лекар със специалност по неонатология или детска неврология (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Консервативно лечение на мозъчен кръвоизлив – остър стадий.
- Диагностика на пациенти с клинични и/или данни от образни изследвания за мозъчен кръвоизлив – остър стадий и оценка на терапевтичните алтернативи.

Болните със спонтанен интракраниален кръвоизлив се хоспитализират за своевременно установяване вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОРМК соматични заболявания.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- ЕКГ;
- очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;

- ангиография на мозъчни артерии (магнитно-резонансна, КТ- или конвенционална) – по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.

МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронт - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE, наличието на тежки соматични заболявания и неврологичен дефицит, задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта:

- ангиография (магнитно-резонансна, КТ- или конвенционална) – по преценка;
- ехокардиография – по преценка.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМНИЯ МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ (ПМК)

Включва комбинирани, консервативни и оперативни терапевтични подходи, насочени за лечение преди всичко на основното заболяване, довело до развитие на мозъчен кръвоизлив, лечение на мозъчния оток и интракраниалната хипертензия.

Специфично медикаментозно лечение:

- за артериалната хипертония се прилага антихипертензивна терапия; не трябва да се снижава систолното артериално налягане с повече от 30% в първите 24 часа след мозъчно съдовия инцидент;
- противооточно лечение (при умерени и тежки ПМК) – манитол 1-2 g/kg/24 часа, разделен на 4-6 бързи интравенозни болусни инфузии и/или фуросемид 20-40 mg венозно;
- кръвоспиращи медикаменти, като витамин К и др., се прилагат само при наличие на кръвни заболявания, коагулопатии и тежки чернодробни заболявания.

Индикациите за оперативно отстраняване на хематома са в зависимост от неговите локализация и големина и от общото състояние на болния. При лобарните хематоми и особено при тези в недоминантната голямомозъчна хемисфера и малкомозъчните хематоми може да се обсъжда оперативната им евакуация, особено при случаите когато започнатото консервативно лечение не дава благоприятни резултати и състоянието на болния продължава да се влошава.

При обсъждане на възможността за оперативно лечение е необходимо да се подхожда строго индивидуално поради следните причини:

- ако общото състояние на болния е нестабилно и са налице тежки соматични заболявания, хирургичното лечение не е най-подходящия терапевтичен метод;
- ако болният е с траен тежък неврологичен дефицит – евакуацията на хематома с нищо не би допринесла за подобрението на състоянието на болния;
- при възрастни болни с деменция - оперативното лечение няма да подобри цялостния неврологичен дефицит;

- при болни с мозъчна амилоидна (конгофилна) ангиопатия - оперативното лечение на интрацеребралния хематом може да доведе до вторично продължително кървене;
- при ПМК и вторично развитие на хидроцефалия може да се обсъжда извършването и на вентрикулен дренаж.

Неспецифично лечение на ОРМК:

- профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;
- корекция на артериалното налягане;
- корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;
- противооточно лечение – манитол – 1-2 г/кг/24 ч., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуросемид 20 - 40 мг венозно;
- аналгетици (metamizole sodium);
- седация – бензодиазепини производни (диазепам);
- хидратация с левулозни и водно-солеви разтвори;
- кислородолечение при SaO₂ <90%;
- инсулин при кръвна захар >12mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) – според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) – метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

При остра хидроцефалия – консултация с неврохирург за евентуално поставяне на вентрикуло-перитонеален или вентрикуло-атриален шънт.

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

- ендотрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Диагностиката и лечението на новородени деца с исхемични и хеморагични поражения на ЦНС се провежда в неонатологична клиника/отделение II и III ниво (съобразно Медицински стандарт “Неонатология”).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

Преценката за степента на тежест при паренхимните мозъчни кръвоизливи се прави на база скалата на Глазгоу-Лиеж, наличието или липсата на придружаващи тежки соматични заболявания и според тежестта на неврологичния дефицит.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната диагноза - чрез КТ или МРТ;
- липса на остър възпалителен процес;
- оценена необходимост и възможност за последващо неврохирургично лечение.

Пациентите се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболяемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата, за да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 53 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ

КП № 53.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 7 дни
При насочване за оперативно лечение – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Субарахноидален кръвоизлив

Включва: руптура на мозъчна аневризма

Не включва: последици от субарахноидален кръвоизлив (I69.0)

- I60.0** Субарахноидален кръвоизлив от сифона и бифуркацията на каротидната артерия
- I60.1** Субарахноидален кръвоизлив от средната мозъчна артерия
- I60.2** Субарахноидален кръвоизлив от предната свързваща артерия
- I60.3** Субарахноидален кръвоизлив от задната свързваща артерия
- I60.4** Субарахноидален кръвоизлив от базилярната артерия
- I60.5** Субарахноидален кръвоизлив от вертебралната артерия
- I60.6** Субарахноидален кръвоизлив от други интракраниални артерии
Множествено засягане на интракраниални артерии
- I60.7** Субарахноидален кръвоизлив от интракраниална артерия, неуточнен
Руптура на (вродена) гроздовидна аневризма БДУ
Субарахноидален кръвоизлив от:
- мозъчна
 - свързваща артерия БДУ
- I60.8** Друг субарахноидален кръвоизлив
Менингеален кръвоизлив
Руптура на мозъчен артериовенозен дефект

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])

• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])	
56001-00	Компютърна томография на мозък
56007-00	Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
Магнитно резонансна ангиография	
	<i>Включва:</i> контрастно вещество
90902-00	Магнитно резонансна ангиография на глава и шия
Ултразвук на глава или шия	
55028-00	Ултразвук на глава
Ехоенцефалография	
	<i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
55032-00	Ултразвук на шия
	<i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък
	<i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
1934	Други лабораторни изследвания
92182-07	Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити	
1926	Микробиологични изследвания
при необходимост:	
92182-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
при необходимост:	
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
	<i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане]
[контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба –
трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
 - асистирано дишане
- механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
 - назална
 - орална
 - трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв
метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])

вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

- 13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

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])

96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (КТ и/или ликворно изследване; КТ-съдова програма/MPT-съдова програма или конвенционална мозъчна ангиография), и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Процедура 56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя и/или 92182-07 Общо изследване на ликвор, или 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък е задължителна диагностична процедура и се провежда в първите 24 часа от хоспитализацията.

Процедура с код 59970-02 Мозъчна ангиография, или 90902-00 Магнитно резонансна ангиография на глава и шия 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя се прави задължително при САК от 1- 3 степен.

Процедура с код 59970-02 Мозъчна ангиография, не се прави само при САК 4-5 степен по скалата на Hunt & Hess, когато има документирана консултация от неврохирург, че болният няма да бъде опериран.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно хирургично лечение на кръвоизлива в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/MPT и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болестни“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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. Неврологична клиника/отделение
2. Профилирана неврологична клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) за доплерова сонография

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Апарат за КТ- /МРТ- ангиографско изследване
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност
двама лекари с придобита специалност;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Ангиография (КТ- или МРТ-) – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

4.2. За доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести и допълнителна квалификация за извършване на доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Клинични данни за САК в първите часове или дни.
- Диагностика на пациенти с клинични и/или данни от образни изследвания за субарахноидален кръвоизлив в първите часове или дни и оценка на терапевтичните алтернативи

Болните със САК се хоспитализират за своевременно установяване вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОПМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания, включително ангиографско изследване на мозъчните съдове. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично лечение, своевременно оперативно лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОПМК соматични заболявания.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- ЕКГ;
- очни дъна – по клинични показания;

- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- след негативен КТ- задължителна е лумбалната пункция;
- доплерова сонография (ДС);
- ангиография на мозъчни артерии и КТ- /МРТ- съдови програми – при I-III степен по Хънт и Хес – задължителна консултация с неврохирург;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

• субарахноиден кръвоизлив (САК):

- лек (1-2 степен по скалата на Хънт и Хес);
- умерено тежък (3 степен по скалата на Хънт и Хес);
- тежък (4-5 степен по скалата на Хънт и Хес).

Оценката на тежестта на състоянието на пациента задължително се отразява в документ “История на заболяването”.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ (САК)

Включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени към преодоляване на основните причини за лошата прогноза:

- рецидив на САК;
- развитие на вазоспазъм;
- хидроцефалия.

При коматозно болните се провежда интензивно лечение.

Консервативното лечение (специфично) включва съответен режим и медикаменти за предпазване от рецидив и развитие на вазоспазъм.

Поведението, което се използва за **профилактиката на рецидив на САК** е следното:

- пълен физичен и психичен покой чрез строг постелен режим в продължение на две седмици и аналгоседация;
- редовна дефекация, осигурявана с подходящ хранителен режим, слабители средства и очистителни клизми;
- системен контрол на артериалното налягане;
- при неоперирани болни с дългогодишна хипертония систолното налягане да не надвишава 150 mm Hg;
- при наличие на епилептични гърчове и след операция се използват съответно подходящи антиконвулсанти;
- при извършване на болезнени манипулации (лумбална пункция, поставяне на централен венозен катетър и др.) - допълнително обезболяване, за да се избегнат транзиторни покачвания на артериалното налягане;

- подходящо е да се включат и някои медикаменти с укрепващо действие върху съдовия пермеабилитет, като витамин С.

Профилактика и лечение на исхемично - хипоксичните изменения, които се развиват в хода на САК:

- хиперволемична хемодилуция с хемодекс, водно-солеви разтвори и др., за да се поддържа хематокрит между 0,33 и 0,38;

- поддържане в норма на кръвната захар, електролитите и кислородната сатурация над 95%;

- да се следи централното венозно налягане (ЦВН) да не надвишава 120 mm H₂O поради опасност от белодробен оток, сърдечна декомпенсация и мозъчен оток;

- прилагане на калциеви антагонисти - Nimodipine флакони от 50 ml (10 mg), в непрекъсната венозна инфузия чрез перфузор 1-2 mg/h, или перорален прием на таблетки от 30 mg (обща дневна доза 240–300 mg) – само при АН>120 mm/80 mm Hg;

Ранното извършване на ангиография и оперативно лечение (клипсиране на аневризмата възможно най-рано) при болни в първа, втора и трета степен от скалата на Hunt & Hess елиминира източника на кървене, а в комбинация с калциеви антагонисти (нимодипин), адекватна хемодилуция и артериална хипертензия се намалява и рискът от късен исхемичен дефицит. Това е единственият правилен подход в острия стадий на САК.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравето състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- установена топичната диагноза - чрез КТ или МРТ;
- стационариране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес.

Болни, при които е извършена ангиография и е установена мозъчна аневризма или друга мозъчно-съдова малформация, след консултация с неврохирург се превеждат в неврохирургична клиника за оперативно лечение. Болните, при които не е установена аневризма или друга мозъчно-съдова малформация при ангиография, или болни, които са отказали ангиографско изследване, при стабилизиране на състоянието им се изписват.

Довършване на лечебния процес и проследяване.

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболяемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с общопрактикуващия лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание) в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 53 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ

КП № 53.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 7 дни
При насочване за оперативно лечение – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Субарахноидален кръвоизлив

Включва: руптура на мозъчна аневризма

Не включва: последици от субарахноидален кръвоизлив (I69.0)

- I60.0** Субарахноидален кръвоизлив от сифона и бифуркацията на каротидната артерия
- I60.1** Субарахноидален кръвоизлив от средната мозъчна артерия
- I60.2** Субарахноидален кръвоизлив от предната свързваща артерия
- I60.3** Субарахноидален кръвоизлив от задната свързваща артерия
- I60.4** Субарахноидален кръвоизлив от базилярната артерия
- I60.5** Субарахноидален кръвоизлив от вертебралната артерия
- I60.6** Субарахноидален кръвоизлив от други интракраниални артерии
Множествено засягане на интракраниални артерии
- I60.7** Субарахноидален кръвоизлив от интракраниална артерия, неуточнен
Руптура на (вродена) гроздовидна аневризма БДУ
Субарахноидален кръвоизлив от:
- мозъчна
 - свързваща артерия БДУ
- I60.8** Друг субарахноидален кръвоизлив
Менингеален кръвоизлив
Руптура на мозъчен артериовенозен дефект

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])

• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])	
56001-00	Компютърна томография на мозък
56007-00	Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
Магнитно резонансна ангиография	
	<i>Включва:</i> контрастно вещество
90902-00	Магнитно резонансна ангиография на глава и шия
Ултразвук на глава или шия	
55028-00	Ултразвук на глава
Ехоенцефалогграфия	
	<i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
55032-00	Ултразвук на шия
	<i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък
	<i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
1934	Други лабораторни изследвания
92182-07	Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити	
1926	Микробиологични изследвания
при необходимост:	
92182-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
при необходимост:	
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
	<i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане]
[контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба –
трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])

вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

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])

96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (КТ и/или ликворно изследване; КТ-съдова програма/MPT-съдова програма или конвенционална мозъчна ангиография), и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Процедура 56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя и/или 92182-07 Общо изследване на ликвор, или 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък е задължителна диагностична процедура и се провежда в първите 24 часа от хоспитализацията.

Процедура с код 59970-02 Мозъчна ангиография, или 90902-00 Магнитно резонансна ангиография на глава и шия, 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя се прави задължително при САК от 1- 3 степен.

Процедура с код 59970-02 Мозъчна ангиография, не се прави само при САК 4-5 степен по скалата на Hunt & Hess, когато има документирана консултация от неврохирург, че болният няма да бъде опериран.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно хирургично лечение на кръвоизлива в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/MPT и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болестни“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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. Неврологична клиника/отделение или Клиника/отделение по детска неврология или Неонатологична клиника/отделение от II и III ниво – само за новородени до 28 ден
2. Профилирана неврологична клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) за доплерова сонография

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Апарат за КТ- /МРТ- ангиографско изследване
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст от 28-ия ден до 18 год възраст:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност;

или

- лекар със специалност по детска неврология или лекар със специалност по педиатрия и опит в детската неврология или двама лекари със специалност по нервни болести;

лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар със специалност по неонатология.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Ангиография (КТ- или МРТ-) – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

4.2. За доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести и допълнителна квалификация за извършване на доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат.

4.3. За трансфонтанелна ехография – лекар със специалност по неонатология или детска неврология (съгласно медицински стандарт “Неонатология”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Клинични данни за САК в първите часове или дни.
- Диагностика на пациенти с клинични и/или данни от образни изследвания за субарахноидален кръвоизлив в първите часове или дни и оценка на терапевтичните алтернативи

Болните със САК се хоспитализират за своевременно установяване вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОПМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания, включително ангиографско изследване на мозъчните съдове. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично лечение, своевременно оперативно лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОПМК соматични заболявания.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- ЕКГ;
- очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- след негативен КТ- задължителна е лумбалната пункция;
- доплерова сонография (ДС);
- ангиография на мозъчни артерии и КТ- /МРТ- съдови програми – при I-III степен по Хънт и Хес – задължителна консултация с неврохирург;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- вида на остро разстройство на мозъчното кръвообращение (ОПМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

• субарахноиден кръвоизлив (САК):

- лек (1-2 степен по скалата на Хънт и Хес);
- умерено тежък (3 степен по скалата на Хънт и Хес);
- тежък (4-5 степен по скалата на Хънт и Хес).

Оценката на тежестта на състоянието на пациента задължително се отразява в документ “История на заболяването”.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ (САК)

Включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени към преодоляване на основните причини за лошата прогноза:

- рецидив на САК;
- развитие на вазоспазъм;
- хидроцефалия.

При коматозно болните се провежда интензивно лечение.

Консервативното лечение (специфично) включва съответен режим и медикаменти за предпазване от рецидив и развитие на вазоспазъм.

Поведението, което се използва за **профилактиката на рецидив на САК** е следното:

- пълен физичен и психичен покой чрез строг постелен режим в продължение на две седмици и аналгоседация;
- редовна дефекация, осигурявана с подходящ хранителен режим, слабители средства и очистителни клизми;
- системен контрол на артериалното налягане;
- при неоперирани болни с дългогодишна хипертония систолното налягане да не надвишава 150 mm Hg;
- при наличие на епилептични гърчове и след операция се използват съответно подходящи антиконвулсанти;
- при извършване на болезнени манипулации (лумбална пункция, поставяне на централен венозен катетър и др.) - допълнително обезболяване, за да се избегнат транзиторни покачвания на артериалното налягане;
- подходящо е да се включат и някои медикаменти с укрепващо действие върху съдовия пермеабилитет, като витамин С.

Профилактика и лечение на исхемично - хипоксичните изменения, които се развиват в хода на САК:

- хиперволемична хемодилуция с хемодекс, водно-солеви разтвори и др., за да се поддържа хематокрит между 0,33 и 0,38;
- поддържане в норма на кръвната захар, електролитите и кислородната сатурация над 95%;
- да се следи централното венозно налягане (ЦВН) да не надвишава 120 mm H₂O поради опасност от белодробен оток, сърдечна декомпенсация и мозъчен оток;
- прилагане на калциеви антагонисти - Nimodipine флакони от 50 ml (10 mg), в непрекъсната венозна инфузия чрез перфузор 1-2 mg/h, или перорален прием на таблетки от 30 mg (обща дневна доза 240–300 mg) – само при АН>120 mm/80 mm Hg;

Ранното извършване на ангиография и оперативно лечение (клипсиране на аневризмата възможно най-рано) при болни в първа, втора и трета степен от скалата на Hunt & Hess елиминира източника на кръвене, а в комбинация с калциеви антагонисти (нимодипин), адекватна хемодилуция и артериална хипертензия се намалява и рискът от късен исхемичен дефицит. Това е единственият правилен подход в острия стадий на САК.

Диагностиката и лечението на новородени деца с исхемични и хеморагични поражения на ЦНС се провежда в неонатологична клиника/отделение II и III ниво (съобразно Медицински стандарт “Неонатология”).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- установена топичната диагноза - чрез КТ или МРТ;
- стационаране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес.

Болни, при които е извършена ангиография и е установена мозъчна аневризма или друга мозъчно-съдова малформация, след консултация с неврохирург се превеждат в неврохирургична клиника за оперативно лечение. Болните, при които не е установена аневризма или друга мозъчно-съдова малформация при ангиография, или болни, които са отказали ангиографско изследване, при стабилизиране на състоянието им се изписват.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикриза. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с общопрактикуващия лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание) в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

**КП № 54 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА
ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ)**

**КП № 54.1 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА
ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) ПРИ ЛИЦА НАД 18
ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 15 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възпалителна полиневропатия

G61.0 **Синдром на Guillain-Barré**
Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
 Спинална пункция

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

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

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1929	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
Невромускулна електродиагностика	
<p>ЕМГ [електромиография]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невромускулна проводимост</p>	
11012-00	<p>Електромиография (ЕМГ)</p> <p><i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])</p>
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>

- 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
- 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, противоифекциозен 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])
- 96199-03 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])
- 96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид**

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин**
Инжектиране или трансфузия на:
- гама глобулин
 - имуноглобулин
 - Intragam

Афереза

- 13750-00 Терапевтична плазмафереза**

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (от които задължително 39000-00 Лумбална пункция с изследване на ликвор и 11012-00 Електромиография (ЕМГ) и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин или 13750-00 Терапевтична плазмафереза или 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923, 1924 и 1925 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология
2. Клинична лаборатория II ниво (с възможност за ликворологично изследване, КГА)*
3. Профилирана неврологична клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
4. Кабинет (апарат) за ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и специфично лечение с приложение на имуноглобулин или плазмафереза на пациенти със:

- остра форма на синдром на Guillain-Barre;
- хронична форма на синдром на Guillain-Barre след неуспех на кортикостероидната терапия.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 12 часа от началото на хоспитализацията. Изследване на ликвор и ЕМГ се извършват до 3-тия ден от хоспитализацията. Вирусологичното изследване на кръв и на ликвор е задължително.

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуални придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- **лека форма** – възможна самостоятелна походка;
- **умерено тежка форма** – походката е възможна само с придружител;
- **тежка форма** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

В хода на протичането на ПНП някои пациенти могат да преминат от една в друга степен на клиничен (двигателен) дефицит и съответно на това се променят кода, вида на отделението – общо неврологично или интензивно, и времето на болничния престой.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **на синдрома на Гилен–Баре с имуноглобулини**. Това лечение включва интравенозно въвеждане на имуноглобулин във високи дози – до 400 мг/кг дневно в продължение на 5 последователни дни. При развитие на остра дихателна недостатъчност се извършва ендотрахеална интубация с последваща трахеостомия и провеждане на продължителна апаратна вентилация.

Специфично лечение може да се провежда и **с плазмафереза**.

При по-лека неврологична симптоматика може да се провежда лечение с кортикостероиди.

Индикации за лечение при **острата форма на синдрома на Гилен – Баре**: болни с невъзможна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. След стабилизиране на състоянието, в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение. При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза.

Неспецифично (интензивно) лечение

При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на синдрома на Гилен-Баре се прилагат неопиоидни и опиоидни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- стационаране или намаляване на изявената неврологична симптоматика, доказана чрез неврологично изследване;
- проведен курс на лечение с имуноглобулин или плазмафереза.

Пациентите се изписват от неврологичната клиника (отделение) и се насочват за продължаване на лечението (посочено в епикризата) и двигателна рехабилитация в домашни условия или балнео-санаториални заведения под контрола на ОПЛ или специалиста невролог.

Довършване на лечебния процес и проследяване.

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

**ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С
ОСТРА ВЪЗПАЛИТЕЛНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ
(СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ)**

Име:

ЕГН

ИЗ №:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При болни с невъзможна самостоятелна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. (виж приложения алгоритъм). След стабилизиране на състоянието в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение		
Ако след проведено лечение с имуноглобулин по указаната схема и начално подобрение се стигне до ново влошаване на походката, се препоръчва нов 5 дневен курс на лечение		
Бърза прогресия на паретичните явления, дори при запазена все още походка		
При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин, се прилага плазмафереза		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен ИгА-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза до 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

Подпис на лекуващия лекар:

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с имуноглобулин. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с ИгА недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния ИгА.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза имуноглобулин, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки имуноглобулин става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:

EĞİTİM

[illegible][illegible]

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приети по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

**КП № 54 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА
ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ)**

**КП № 54.2 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА
ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) ПРИ ЛИЦА ПОД 18
ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 15 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възпалителна полиневропатия

G61.0 **Синдром на Guillain-Barré**
Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
 Спинална пункция

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на

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

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1929	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
Невромускулна електродиагностика	
<p>ЕМГ [електромиография]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невромускулна проводимост</p>	
11012-00	<p>Електромиография (ЕМГ)</p> <p><i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])</p>
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>

96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид</p>

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05	<p>Приложение на човешки имуноглобулин</p> <p>Инжектиране или трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
----------	--

Афереза

13750-00	<p>Терапевтична плазмафереза</p>
----------	---

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (от които задължително 39000-00 Лумбална пункция с изследване на ликвор и 11012-00 Електромиография (ЕМГ) и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин или 13750-00 Терапевтична плазмафереза или 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923, 1924 и 1925 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология или Детска неврологична клиника/отделение
2. Клинична лаборатория II ниво (с възможност за ликворологично изследване, КГА)*
3. Профилирана неврологична клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
4. Кабинет (апарат) за ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести” за Клиника/отделение по неврология;

или

- лекар със специалност по нервни болести за Клиника/отделение по детска неврология

или

- лекар със специалност по детска неврология

или

с педиатрия и с опит в детската неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и специфично лечение с приложение на имуноглобулин или плазмафереза на пациенти със:

- остра форма на синдром на Guillain-Barre;
- хронична форма на синдром на Guillain-Barre след неуспех на кортикостероидната терапия.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 12 часа от началото на хоспитализацията. Изследване на ликвор и ЕМГ се извършват до 3-тия ден от хоспитализацията. Вирусологичното изследване на кръв и на ликвор е задължително.

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуални придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- **лека форма** – възможна самостоятелна походка;
- **умерено тежка форма** – походката е възможна само с придружител;
- **тежка форма** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

В хода на протичането на ПНП някои пациенти могат да преминат от една в друга степен на клиничен (двигателен) дефицит и съответно на това се променят кода, вида на отделението – общо неврологично или интензивно, и времето на болничния престой.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **на синдрома на Гилен–Баре с имуноглобулини**. Това лечение включва интравенозно въвеждане на имуноглобулин във високи дози – до 400 мг/кг дневно в продължение на 5 последователни дни. При развитие на остра дихателна недостатъчност се извършва ендотрахеална интубация с последваща трахеостомия и провеждане на продължителна апаратна вентилация.

Специфично лечение може да се провежда и **с плазмафереза**.

При по-лека неврологична симптоматика може да се провежда лечение с кортикостероиди.

Индикации за лечение при **острата форма на синдрома на Гилен – Баре**: болни с невъзможна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. След стабилизиране на състоянието, в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение. При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза.

Неспецифично (интензивно) лечение

При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на синдрома на Гилен-Баре се прилагат неопиоидни и опиоидни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- стационаране или намаляване на изявената неврологична симптоматика, доказана чрез неврологично изследване;
- проведен курс на лечение с имуноглобулин или плазмафереза.

Пациентите се изписват от неврологичната клиника (отделение) и се насочват за продължаване на лечението (посочено в епикризата) и двигателна рехабилитация в домашни условия или балнео-санаториални заведения под контрола на ОПЛ или специалиста невролог.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

**ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С
ОСТРА ВЪЗПАЛИТЕЛНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ
(СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ)**

Име:

ЕГН

ИЗ №:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При болни с невъзможна самостоятелна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. (виж приложения алгоритъм). След стабилизиране на състоянието в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение		
Ако след проведено лечение с имуноглобулин по указаната схема и начално подобрение се стигне до ново влошаване на походката, се препоръчва нов 5 дневен курс на лечение		
Бърза прогресия на паретичните явления, дори при запазена все още походка		
При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин, се прилага плазмафереза		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен IgA-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза до 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

Подпис на лекуващия лекар:

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с имуноглобулин. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с IgA недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния IgA.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза имуноглобулин, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки имуноглобулин става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:

EĞİTİM

ИЗ №: □□□□□

[illegible]

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приети по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

**КП № 55 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА
ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) НА АПАРАТНА
ВЕНТИЛАЦИЯ**

**КП № 55.1 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА
ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) НА АПАРАТНА
ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 30 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възпалителна полиневропатия

G61.0 Синдром на Guillain-Barré
Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

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	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1929 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
Невромускулна електродиагностика	
<p>ЕМГ [електромиография]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невромускулна проводимост</p>	
11012-00	<p>Електромиография (ЕМГ)</p> <p><i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])</p>
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Манипулации на дихателни пътища	
<p><i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор</p>	
22007-00	<p>Ендотрахеална интубация, единичен лумен</p> <p>Ендотрахеална интубация БДУ</p> <p><i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода</p>
22008-00	<p>Ендотрахеална интубация, двоен лумен</p> <p><i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода</p>
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) 	

- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане
- механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

	<ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид</p>
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-05	<p>Приложение на човешки имуноглобулин</p> <p>Инжектиране или трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
Афереза	
13750-00	<p>Терапевтична плазмафереза</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (от които задължително 39000-00 Лумбална пункция с изследване на ликвор, и 11012-00 Електромиография (ЕМГ) и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин или 13750-00 Терапевтична плазмафереза, а другата е 13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923, 1924 и 1925 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология
2. Клинична лаборатория II или III ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
3. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение III ниво или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от III ниво или ОАИЛ/КАИЛ
4. Кабинет (апарат) за ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури III ниво на компетентност четирима с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
- лекар със специалност по ушно-носно-гърлени болести – по договор.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и специфично лечение с приложение на имуноглобулин или плазмафереза на пациенти със:

- остра форма на синдром на Guillain-Barre;
- Неспецифично интензивно лечение с апаратна вентилация;

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 12 часа от началото на хоспитализацията. Изследване на ликвор и ЕМГ се извършват до 3-тия ден от постъпване в болничното лечебно заведение. Вирусологичното изследване на кръв и на ликвор е задължително.

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуално придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- **лека форма** – възможна самостоятелна походка;
- **умерено тежка форма** – походката е възможна само с придружител;
- **тежка форма** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

В хода на протичането на ПНП някои пациенти могат да преминат от една в друга степен на клиничен (двигателен) дефицит и съответно на това се променят кода, вида на отделението – общо неврологично или интензивно, и времето на болничния престой.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **на синдрома на Гилен–Баре с имуноглобулини**. Това лечение включва интравенозно въвеждане на имуноглобулин във високи дози – до 400 мг/кг дневно в продължение на 5 последователни дни. При развитие на остра дихателна недостатъчност се извършва ендотрахеална интубация с последваща трахеостомия и провеждане на продължителна апаратна вентилация.

Специфично лечение може да се провежда и **с плазмафереза**.

Индикации за лечение при **острата форма на синдрома на Гилен – Баре**: болни с невъзможна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. След стабилизиране на състоянието, в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение. При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза.

При по-лека неврологична симптоматика може да се провежда лечение с кортикостероиди.

Неспецифичното (интензивно) лечение при синдрома на Гилен – Баре (СГБ) включва респираторна реанимация и интензивно лечение: ендотрахеална интубация и последваща трахеостомия, провеждане на изкуствена белодробна вентилация при съответни индикации; включване на централен венозен път за провеждане на медикаментозни инфузии, парентерално хранене и корекция на водно-електролитния баланс, както и за проследяване на ЦВН, мониториране на сърдечната дейност и общата хемодинамика; поставяне на назогастрална сонда и провеждане на смесено хранене. При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на СГБ се прилагат неопиоидни и опиоидни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- стационариране или намаляване на изявената неврологична симптоматика, доказана чрез неврологично изследване;
- проведен курс на лечение с имуноглобулин или плазмафереза;
- възстановено спонтанно дишане.

При синдрома на Гилен - Баре, след преминаване на изявената симптоматика и степенно обратно развитие на паретичните прояви, пациентите се изписват от неврологичната клиника и се насочват за продължаване на лечението (посочено в епикризата) и двигателна рехабилитация в домашни условия или балнео-санаториални заведения под контрола на общопрактикуващия лекар или специалиста невролог.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С
ОСТРА ВЪЗПАЛИТЕЛНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ
(СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ)

Име:

ЕГН

ИЗ №:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При болни с невъзможна самостоятелна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. (виж приложения алгоритъм). Забележка: След стабилизиране на състоянието в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение		
Ако след проведено лечение с имуноглобулин по указаната схема и начално подобрение се стигне до ново влошаване на походката, се препоръчва нов 5 дневен курс на лечение		
Бърза прогресия на паретичните явления, дори при запазена все още походка		
Забележка: При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин, се прилага плазмафереза		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен IgA-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза до 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

Подпис на лекуващия лекар:

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с имуноглобулин. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с IgA недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния IgA.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация или да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

КП №

Име:

[illegible][illegible]

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приемани по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

**КП № 55 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА
ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) НА АПАРАТНА
ВЕНТИЛАЦИЯ**

**КП № 55.2 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА
ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА
ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) НА АПАРАТНА
ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 30 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възпалителна полиневропатия

G61.0 Синдром на Guillain-Barré
Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

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	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1929 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
Невромускулна електродиагностика	
<p>ЕМГ [електромиография]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невромускулна проводимост</p>	
11012-00	<p>Електромиография (ЕМГ)</p> <p><i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])</p>
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Манипулации на дихателни пътища	
<p><i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор</p>	
22007-00	<p>Ендотрахеална интубация, единичен лумен</p> <p>Ендотрахеална интубация БДУ</p> <p><i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода</p>
22008-00	<p>Ендотрахеална интубация, двоен лумен</p> <p><i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода</p>
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, 	

- по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
- хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок

[1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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, противоинфекциозен 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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин

Инжектиране или трансфузия на:

- гама глобулин
- имуноглобулин
- Intragam

Афереза

13750-00 Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (от които задължително 39000-00 Лумбална пункция с изследване на ликвор и 11012-00 Електромиография (ЕМГ) и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин или 13750-00 Терапевтична плазмафереза, а другата е 13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923, 1924 и 1925 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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. 1. Клиника/отделение по неврология /детска неврология
2. Клинична лаборатория II или III ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
3. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение III ниво или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от III ниво или ОАИЛ/КАИЛ
4. Кабинет (апарат) за ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури III ниво на компетентност четирима с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”
- двама лекари със специалност по детска неврология илг с педиатрия с профил детска неврология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по ушно-носно-гърлени болести – по договор.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и специфично лечение с приложение на имуноглобулин или плазмафереза на пациенти със:

- остра форма на синдром на Guillain-Barre;
- Неспецифично интензивно лечение с апаратна вентилация;

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 12 часа от началото на хоспитализацията. Изследване на ликвор и ЕМГ се извършват до 3-тия ден от постъпване в болничното лечебно заведение. Вирусологичното изследване на кръв и на ликвор е задължително.

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуално придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- **лека форма** – възможна самостоятелна походка;
- **умерено тежка форма** – походката е възможна само с придружител;

• **тежка форма** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

В хода на протичането на ПНП някои пациенти могат да преминат от една в друга степен на клиничен (двигателен) дефицит и съответно на това се променят кода, вида на отделението – общо неврологично или интензивно, и времето на болничния престой.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **на синдрома на Гилен–Баре с имуноглобулини**. Това лечение включва интравенозно въвеждане на имуноглобулин във високи дози – до 400 мг/кг дневно в продължение на 5 последователни дни. При развитие на остра дихателна недостатъчност се извършва ендотрахеална интубация с последваща трахеостомия и провеждане на продължителна апаратна вентилация.

Специфично лечение може да се провежда и **с плазмафереза**.

Индикации за лечение при **острата форма на синдрома на Гилен – Баре**: болни с невъзможна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. След стабилизиране на състоянието, в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение. При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза.

При по-лека неврологична симптоматика може да се провежда лечение с кортикостероиди.

Неспецифичното (интензивно) лечение при синдрома на Гилен – Баре (СГБ) включва респираторна реанимация и интензивно лечение: ендотрахеална интубация и последваща трахеостомия, провеждане на изкуствена белодробна вентилация при съответни индикации; включване на централен венозен път за провеждане на медикаментозни инфузии, парентерално хранене и корекция на водно-електролитния баланс, както и за проследяване на ЦВН, мониториране на сърдечната дейност и общата хемодинамика; поставяне на назогастрална сонда и провеждане на смесено хранене. При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на СГБ се прилагат неопиоидни и опиоидни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- стационаране или намаляване на изявената неврологична симптоматика, доказана чрез неврологично изследване;
- проведен курс на лечение с имуноглобулин или плазмафереза;
- възстановено спонтанно дишане.

При синдрома на Гилен - Баре, след преминаване на изявената симптоматика и степенно обратно развитие на паретичните прояви, пациентите се изписват от неврологичната клиника и се насочват за продължаване на лечението (посочено в епикризата) и двигателна рехабилитация в домашни условия или балнео-санаториални заведения под контрола на общопрактикуващия лекар или специалиста невролог.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С
ОСТРА ВЪЗПАЛИТЕЛНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ
(СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ)

Име:

ЕГН

ИЗ №:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При болни с невъзможна самостоятелна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. (виж приложения алгоритъм).		
Забележка: След стабилизиране на състоянието в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение		
Ако след проведено лечение с имуноглобулин по указаната схема и начално подобрение се стигне до ново влошаване на походката, се препоръчва нов 5 дневен курс на лечение		
Бърза прогресия на паретичните явления, дори при запазена все още походка		
Забележка: При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин, се прилага плазмафереза		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен IgA-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза до 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

Подпис на лекуващия лекар:

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с имуноглобулин. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с IgA недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При suspectни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния IgA.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация или да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

КП №

Име:

[illegible][illegible]

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приемани по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

**КП № 56 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА
ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ (ЧМН), НА НЕРВНИТЕ
КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ, ПОЛИНЕВРОПАТИЯ И
ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ**

**КП № 56.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА
ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ (ЧМН), НА НЕРВНИТЕ
КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ, ПОЛИНЕВРОПАТИЯ И
ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ ПРИ ЛИЦА НАД 18
ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

Не включва: дефекти на каталаза и пероксидаза

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия

Вродена еритропоетична порфирия

Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии

Наследствена копропорфирия

Порфирия:

- БДУ

- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Увреждания на троичния нерв

Включва: увреждания на 5-я черепномозъчен нерв

G50.0 Невралгия на троичния нерв

Синдром на пароксизмална лицева болка

Болестен тик

G50.1 Атипична лицева болка

G50.8 Други увреждания на троичния нерв

Увреждания на лицевия нерв

Включва: увреждания на 7-я черепномозъчен нерв

G51.0 Парализа на Bell

Лицева парализа

G51.1 Възпаление на ganglion geniculi

Не включва: постхерпетично възпаление на ganglion geniculi (B02.2)

G51.2 Синдром на Melkersson

Синдром на Melkersson-Rosenthal

G51.3 Клоничен хемифациален спазъм

G51.4 Лицева миокемия

G51.8 Други увреждания на лицевия нерв

Увреждания на други черепномозъчни нерви

Не включва: увреждания:

- на слуховия (8-я) нерв (H93.3)
- на зрителния (2-я) нерв (H46, H47.0)
- паралитично късогледство, дължащо се на увреждане на нерв (H49.0—H49.2)

G52.0 Увреждания на обонятелния нерв
Увреждания на 1-я черепномозъчен нерв

G52.1 Увреждания на n. glossopharyngeus
Увреждания на 9-я черепномозъчен нерв
Глософарингиална невралгия

G52.2 Увреждания на n. vagus
Увреждания на пневмогастралния (10-я) нерв

G52.3 Увреждания на подезичния нерв
Увреждания на 12-я черепномозъчен нерв

G52.7 Множествени увреждания на черепномозъчните нерви
Краниален полиневрит

G52.8 Увреждания на други уточнени черепномозъчни нерви

Увреждания на черепномозъчни нерви при болести, класифицирани другаде

G53.0* Невралгия след herpes zoster (B02.2†)
Постхерпетично(-а):

- възпаление на ganglion geniculi
- невралгия на троичния нерв

Увреждания на нервни коренчета и плексуси

Не включва: травматични увреждания на нервни коренчета и плексуси — виж травми на нервите в различните области на тялото
 увреждания на междупрешленните дискове (M50—M51)
 невралгия или неврит БДУ (M79.2)
 неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- лумбален БДУ
- лумбо-сакрален БДУ (M54.1)
- торакален БДУ

 радикулит БДУ
 радикулопатия БДУ
 спондилоза (M47.—)

G54.0 Увреждания на брахиалния плексус
Инфраторакален синдром

G54.1 Увреждания на лумбо-сакралния плексус

G54.2 Увреждания на шийните коренчета, неклассифицирани другаде

G54.3 Увреждания на гръдните коренчета, неклассифицирани другаде

G54.4 Увреждания на лумбо-сакралните коренчета, неклассифицирани другаде

G54.5 Невралгична амиотрофия
Синдром на Parsonage-Aldren-Turner
Неврит на раменния пояс

Мононевропатии на горен крайник

Не включва: травматични увреждания на нерв — виж травми на нервите в различните области на тялото

G56.0 Синдром на карпалния канал

G56.2 Увреждане на лакътния нерв
Късна парализа на лакътния нерв

G56.3 Увреждане на лъчевия нерв

G56.8 Други мононевропатии на горен крайник

Мононевропатии на долен крайник

Не включва: травматични увреждания на нерв — виж травми на нервите в различните области на тялото

G57.0 Увреждане на седалищния нерв

Не включва: ишиас:

- БДУ (M54.3)
- свързан с увреждане на междупрешленния диск (M51.1)

G57.1 Парестетична мералгия

Синдром на страничния кожен нерв на бедрото

G57.2 Увреждане на бедрения нерв

G57.3 Увреждане на n. fibularis

Увреждане на фибуларния (перонеалния) нерв

G57.4 Увреждане на n. tibialis

G57.5 Синдром на тарзалния канал

G57.6 Увреждане на n. plantaris

Метатарзалгия на Morton

G57.8 Други мононевралгии на долен крайник

Междупръстова неврома на долен крайник

Други мононевропатии

G58.7 Множествен мононеврит

Възпалителна полиневропатия

G61.0 Синдром на Guillain-Barré

Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

G61.8 Други възпалителни полиневропатии

Други полиневропатии

G62.0 Медикаментозна полиневропатия

G62.2 Полиневропатия, предизвикана от други токсични вещества

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G62.8 Други уточнени полиневропатии

Радиационна полиневропатия

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Полиневропатии при болести, класифицирани другаде

G63.3* Полиневропатия при други ендокринни болести и разстройства на обмяната на веществата (E00—E07†, E15—E16†, E20—E34†, E70—E89†)

Други деформиращи дорзопатии

M43.62 Крива шия [torticollis]

Не включва: следните видове тортиколис:

- вроден (стерномастоидеусен) (Q68.0)
- след родова травма (P15.2)
- прясно травматично увреждане — виж травматични увреждания на гръбначния стълб според анатомичната локализация

- психогенен (F45.8)
- спастичен (G24.3)

Травматична спондилопатия

- M48.30** Травматична спондилопатия - множествено засягане на гръбначния стълб
- M48.31** Травматична спондилопатия - окципито-атланта-аксисен отдел
- M48.32** Травматична спондилопатия - шийна област
- M48.33** Травматична спондилопатия - шийно-гръден отдел
- M48.34** Травматична спондилопатия - гръден отдел
- M48.35** Травматична спондилопатия - гръдно-поясен отдел
- M48.36** Травматична спондилопатия - поясен отдел
- M48.37** Травматична спондилопатия - поясно-кръстен отдел
- M48.38** Травматична спондилопатия - кръстен и кръстноопашатен отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел

Включва: увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел с болков синдром
увреждания на междупрешленните дискове в шийногръдния отдел

- M50.0†** Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с миелопатия (G99.2*)
- M50.1** Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с радикулопатия
Не включва: брахиален радикулит БДУ (M54.1)
- M50.2** Друг тип хернизация на междупрешленните дискове в шийния отдел
- M50.3** Друг тип дегенерация на междупрешленните дискове в шийния отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в други отдели

Включва: увреждания на междупрешленните дискове в гръдния, гръднопоясния и пояснокръстния отдел

- M51.0†** Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с миелопатия (G99.2*)
- M51.1** Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с радикулопатия
Ишиас, дължащ се на увреждане в междупрешленен диск
Не включва: лумбален радикулит БДУ (M54.1)
- M51.2** Друг тип уточнена хернизация на междупрешленен диск
Лумбаго, дължащо се на дискова херния
- M51.3** Друга уточнена дегенерация на междупрешленен диск
- M51.4** Възли на Schmorl

Други дорзопатии, неklasифицирани другаде

- M53.01** Шийночеребен синдром - окципито-атланта-аксисен отдел
Заден цервикален симпатиков синдром
- M53.02** Шийночеребен синдром – шийна област
Заден цервикален симпатиков синдром
- M53.03** Шийночеребен синдром - шийногръден отдел
Заден цервикален симпатиков синдром

Шийнобрахиален синдром

- M53.11** Шийнобрахиален синдром - окципито-атланта-аксисен отдел
Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

M53.12 Шийнобрахиален синдром - шийна област

Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

M53.13 Шийнобрахиален синдром - шийно-гърден отдел

Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

Спинална нестабилност

M53.20 Спинална нестабилност - множествено засягане на гръбначния стълб

M53.21 Спинална нестабилност - окципито-атланта-аксисен отдел

M53.22 Спинална нестабилност - шийна област

M53.23 Спинална нестабилност - шийногърден отдел

M53.24 Спинална нестабилност - гърден отдел

M53.25 Спинална нестабилност - гърднопоясен отдел

M53.26 Спинална нестабилност - поясен отдел

M53.27 Спинална нестабилност - пояснокръстен отдел

M53.28 Спинална нестабилност - кръстен и кръстноопашен отдел

M53.38 Кръстноопашни увреждания, неклассифицирани другаде - кръстен и кръстноопашен отдел
Coccygodinia

Други уточнени дорзопатии

M53.80 Други уточнени дорзопатии - множествено засягане на гръбначния стълб

M53.81 Други уточнени дорзопатии - окципито-атланта-аксисен отдел

M53.82 Други уточнени дорзопатии - шийна област

M53.83 Други уточнени дорзопатии - шийногърден отдел

M53.84 Други уточнени дорзопатии - гърден отдел

M53.85 Други уточнени дорзопатии - гърднопоясен отдел

M53.86 Други уточнени дорзопатии - поясен отдел

M53.87 Други уточнени дорзопатии - пояснокръстен отдел

M53.88 Други уточнени дорзопатии - кръстен и кръстноопашен отдел

Дорзалгия

Не включва: психогенна дорзалгия (F45.4)

M54.00 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - множествено засягане на гръбначния стълб

Не включва: следните видове паникулит:
• БДУ(M79.3)
• при лупус (L93.2)
• рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.01 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - окципито-атланта-аксисен отдел

Не включва: следните видове паникулит:
• БДУ(M79.3)
• при лупус (L93.2)
• рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.02 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - шийна област

Не включва: следните видове паникулит:
• БДУ(M79.3)

- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.03 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - шийногръден отдел
Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.04 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - гръден отдел
Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.05 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - гръднопоясен отдел
Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.06 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - поясен отдел
Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.07 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - пояснокръстен отдел
Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.08 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - кръстен и кръстноопашен отдел

Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.10 Радикулопатия - множествено засягане на гръбначния стълб

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.11 Радикулопатия - окципито-атланта-аксисен отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.12 Радикулопатия - шийна област

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.13 Радикулопатия - шийногръден отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.14 Радикулопатия - гръден отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.15 Радикулопатия - гръднопоясен отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.16 Радикулопатия - пояснен отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)

- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.17 Радикулопатия - пояснокръстен отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.18 Радикулопатия - кръстен и кръстноопашен отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.21 Цервикалгия - окципито-атланта-аксисен отдел

Не включва: цервикалгия в резултат на увреждане на междупрешленен диск (M50.—)

M54.22 Цервикалгия - шийна област

Не включва: цервикалгия в резултат на увреждане на междупрешленен диск (M50.—)

M54.36 Ишиас - пояснен отдел

Не включва: увреждане на седалищния нерв (G57.0)

ишиас:

- предизвикан от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)
- с лумбаго (M54.4)

M54.37 Ишиас - пояснокръстен отдел

Не включва: увреждане на седалищния нерв (G57.0)

ишиас:

- предизвикан от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)
- с лумбаго (M54.4)

M54.46 Лумбаго с ишиас - пояснен отдел

Не включва: предизвикано от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)

M54.47 Лумбаго с ишиас - пояснокръстен отдел

Не включва: предизвикано от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)

M54.55 Ниска кръстна болка - гръднопоясен отдел

Поясна болка

Ниско кръстно напрежение

Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:

- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)

- с ишиас (M54.4)

M54.56 Ниска кръстна болка - поясен отдел

Поясна болка

Ниско кръстно напрежение

Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:

- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.57 Ниска кръстна болка - пояснокръстен отдел

Поясна болка

Ниско кръстно напрежение

Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:

- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.58 Ниска кръстна болка - кръстен и кръстноопашен отдел

Поясна болка

Ниско кръстно напрежение

Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:

- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.63 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - шийногръден отдел

Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

M54.64 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - гръден отдел

Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

M54.65 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - гръднопоясен отдел

Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

Увреждания на костно-мускулната система след медицински процедури, неклассифицирани другаде

Не включва:

- артропатия след чревна анастомоза (M02.0)
- наличие на функционални импланти и на други протези (Z95—Z97)
- нарушения, свързани с остеопороза (M80—M81)

M96.1 Синдром след ламинектомия, неклассифициран другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката G63 не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:

- гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб

Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб

Включва: гръбначен мозък

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

<i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител	
Невромускулна електродиагностика	
<p>ЕМГ [електромиография]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невромускулна проводимост</p>	
11012-00	<p>Електромиография (ЕМГ)</p> <p><i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])</p>
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	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>	
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, противоинокциозен 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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Приложение на фармакологичен агент през отвор

Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент

Йонофореза

Топично

}

Трансдермално

}

приложение на фармакологичен агент

Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [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

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, от които едната е задължително ЕМГ (изключение при диагнози G50.0, G50.1, G50.8, G52.0, G52.1, G52.2, G52.3, G52.8) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология
2. Клинична лаборатория* II ниво (с възможност и за ликворологично изследване и КГА)
3. ЕМГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

лекар със специалност по нервни болести - двама лекари с придобита специалност по нервни болести;

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести или детска неврология, с квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

4.2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- синдром на Guillain-Barre и постинфекциозен полиневрит - всички клинични форми и степени на тежест;
- полиневропатия с остро, подостро или хронично развиващи се вяли периферни парези в крайниците, със или без сетивни нарушения, остро или подостро развиващи се сетивни нарушения в крайниците с възбуден или отпаден характер;
- болести на черепно-мозъчните нерви: VII ЧМН - остър стадий до 10 ден - всички клинични форми и степени на тежест; V ЧМН - всички остри случаи с невралгия на троичния нерв с неуточнена етиология, остри увреждания на други уточнени ЧМН;
- болести на нервните коренчета и плексуси при наличие на остро развитие на долна вяла парапареза или на квадрипареза от смесен тип с тазово-резервоарни нарушения; развили парези с различна степен на изразеност в проксимални и /или дистални мускулни групи; възбудни сетивни прояви, неповлияващи се от медикаментозното лечение, проведено в амбулаторни условия;
- порфиринова полиневропатия.

Диагностично изясняване на недиагностицирани състояния и заболявания (спондилит, метастази в прешлен, миелом, невринома, херпес зостер и др.) след изчерпване на диагностичните възможности в специализираната извънболнична помощ и наличие на медицински риск от отлагане на диагностиката и лечението.

- Вертеброгенни дискови и диск-арткулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми, неповлияващи се от медикаментозното лечение, провеждано в амбулаторни условия и с поява на някой от следните симптоми/синдроми: интермитентни тазово-резервоарни нарушения; съмнение за развиващ се синдром на cauda equina; поява на отпадна сетивна или двигателна симптоматика; вертеброгенен синдром с възбудна или отпадна симптоматика.
- Болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН) - хронични неповлияващи се от медикаментозното лечение, провеждано в амбулаторни условия.
- Болести на нервните коренчета и плексуси - болни с хронични болкови синдроми.
- Медикаментозна полиневропатия с изразени отпадни сетивни и двигателни разстройства.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (кръв) се взема в рамките на болничния престой за подпомагане на диференциално-диагностичния план и уточняване на основната диагноза, ако не е извършено в извънболничната помощ. ЕМГ се извършва задължително в рамките на болничния престой. При увреждане на черепно-мозъчни нерви по преценка се извършва консултация със специалист по УНГ. Общо изследване на ликвор, вирусологично изследване на ликвор и на кръв се извършва по преценка.

2.1. Лечение на неврит на VII ЧМН.

Средство на избор са:

- кортикостероиди (при съобразяване на контраиндикациите) – преднизон, метилпреднизолон, преднизолон;
- манитол – 10% 500 ml - при съобразяване за контраиндикации;
- нестероидни противовъзпалителни средства (при контраиндикации за прилагане на кортикостероиди);
- ацикловир (при доказана херпес симплекс етиология);
- физикално лечение.

2.2. Лечение на идиопатичната невралгия на троичния нерв.

Лечението е медикаментозно и/или неврохирургично.

Медикаментозното лечение включва:

- Габапентин - 2-3 пъти по 400 mg;
- Карбамазепин – 3 x 200 mg до 3 x 400 mg или
- Прегабалин
- Трамадол

2.3. Болести на нервните коренчета и плексуси (цервикобрахиална радикулоплексопатия и лумбосакрална радикулоплексопатия).

Лечението включва:

- нестероидни противовъзпалителни средства;
- дексаметазон (при резистентни на друго лечение болкови синдроми);
- миорелаксанти;
- манитол 10 % 500 ml;
- физикално лечение;
- неврохирургично лечение (при необходимост).

2.4. Увреждане на н. улнарис, н. медианус, н. радиалис, н. феморалис и на н. ишиадикус и неговите клонове (н. тибалис и н. перонеус).

Лечението е в зависимост от основното заболяване (компресия, травма, захарен диабет, професионално увреждане, колагеноза) и включва медикаментозно, физикално и при необходимост - неврохирургично лечение.

Използват се следните медикаменти:

- нестероидни противовъзпалителни средства;
- кортикостероиди;

2.5. Възпалителна полиневропатия

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуално придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- **лека форма** – възможна самостоятелна походка;
- **умерено тежка форма** – походката е възможна само с придружител;
- **тежка форма** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма на синдрома на Гилен – Баре (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **без имуноглобулини:**

При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза. Не се препоръчва употребата на кортикостероидни препарати поради тяхната неефективност при това заболяване.

Специфично лечение на хроничната форма синдрома на Гилен–Баре (хронична възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **без имуноглобулини:**

Средство на първи избор са кортикостероидите:

- преднизон, метилпреднизолон, преднизолон;
- метилпреднизолон – 80 мг интравенозно дневно в продължение на две седмици с постепенно намаляване на дневната доза и преминаване към перорален прием на преднизон, метилпреднизолон или преднизолон.

2.6. Специфично лечение при постинфекциозни полирадикулоневрити - провежда се съобразно етиологичния причинител с антибиотици и антивирусни средства.

2.7. Специфично лечение на порфириновата полиневропатия - подчертана въглехидратна диета и инфузии на глюкозен разтвор (500 гр. за 24 ч).

2.8. Специфично лечение на медикаментозната полиневропатия:

- при възможност спиране употребата на медикамента и замяната му с друг;

Неспецифичното (интензивно) лечение при синдрома на Гилен – Баре, постинфекциозните полирадикулоневрити и порфириновата полиневропатия включва респираторна реанимация и интензивно лечение: ендотрахеална интубация и последваща трахеостомия, провеждане на изкуствена белодробна вентилация при съответни индикации; включване на централен венозен път за провеждане на медикаментозни инфузии, парентерално хранене и корекция на водно-електролитния баланс, както и за проследяване на ЦВН, мониториране на сърдечната дейност и общата хемодинамика; поставяне на назогастрална сонда и провеждане на смесено хранене. При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на синдрома на Гилен – Баре се прилагат неопиоидни и опиоидни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

2.9. Поведение при вертеброгенни дискови и диск-арткулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми:

При приемането на пациента, в деня на хоспитализацията, се извършва пълен медицински преглед – подробна насочена анамнеза, соматичен и неврологичен статус, планират се необходимите изследвания; поставя се плоскост под дюшека на леглото (когато е необходимо за постигане правилно положение на болния в леглото) или се използва специализирано легло (при възможност). Назначава се медикаментозно лечение:

- за болката и съпътстващото асептично възпаление – приложение на НСПВС i.m. или i.v.

- миорелаксанти;

- при съмнение за централна или рецесуална стеноза и голяма дискова херния – кортикостероиди;

- при двигателен дефицит – антихолинестеразни средства - Galantamin (желателно след консултация с интернист);

- поставя се лумбостат или шийна яка (където е необходимо) за имобилизация на засегнатите сегменти.

При много силна и неповлияваща се от НСПВС вертеброгенна радикулерна или нерадикулерна болка в острия ѝ стадий е уместно и използването на опиоидни аналгетици.

Извършват се лабораторни и рентгенови изследвания – лицева и странична проекция, при необходимост и коси проекции; електромиографско изследване, КТ и/или МРТ; при необходимост се провежда лумбална пункция; серумна електрофореза (и на урина) при съмнение за миелом и т.н.

При провеждане на лечението е необходимо проследяване на неврологичния статус, отчитане на подобрение или евентуално влошаване на симптоматиката. При двигателен дефицит е необходимо и провеждане на ЕМГ след определен период за отчитане ефекта от терапията и прогностично; за отчитане на глобалния ефект от лечението е желателно да се използват скали (напр. VAS).

След провеждане на необходимите образни изследвания и установяване възможната етиология при необходимост се правят допълнителни консултации – с неврохирург, ортопед, ендокринолог (напр. при остеопороза), хематолог (при мултиплен миелом), ревматолог (при анкилозиращ спондилит и др. ревматични заболявания), онколог (при метастази) и т.н.

Медикаментозното лечение е аналогично на приетото в „Национален консенсус за диагностика и лечение на неврологично обусловените болки“

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

При вертеброгенни дискови и диск-артитулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми - окончателната диагноза се поставя въз основа на клиничната картина, хода на болестта, образните изследвания (Ro и КТ/МРТ) и лабораторните изследвания; уточняване на възможната етиология.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стационаране или намаляване на изявената неврологична (възбудна и отпадна) симптоматика, доказана чрез неврологично изследване, а при вертеброгенни дискови и диск-артитулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми и едно или повече от следните условия:

- поставяне на диагнозата и намаляване интензивността на болковата симптоматика (радикулерна или нерадикулерна);
- подобряване на отпадната симптоматика (сетивна или двигателна);
- възстановяване обема на движение в засегнатия вертебрален отдел;
- проведени контролни изследвания, когато е необходимо (ЕМГ, ММТ).

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

БОЛЕСТИ НА ПЕРИФЕРНАТА НЕРВНА СИСТЕМА (БОЛЕСТИ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ, БОЛЕСТИ НА НЕРВНИТЕ КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ)

Невритът на лицевия нерв е сравнително често заболяване, което се обуславя от вирусна инфекция на ствола на нерва с развитие на парализа на мускулатурата на едната лицева половина. Идиопатичната невралгия на троичния нерв е рядко заболяване, което се характеризира с по-редки или по-чести болкови пристъпи в отделни области на лицето.

Болестите на нервните коренчета и плексусите са широко разпространени заболявания в съвременния свят, дължащи се най-често на дегенеративни промени в шийните или поясните прешлени. При част от болните с тези заболявания се налага хоспитализация, с цел диагностично изясняване и лечение на мускулната слабост и болковия синдром.

Увредата на отделни нерви в областта на ръцете или краката се дължи на различни заболявания, което налага в редица случаи диагностичното изясняване да се извършва в болнични условия като необходима предпоставка за правилно лечение.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА С ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТ

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приети по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Диабетната и медикаментозната полиневропатия са широко разпространени заболявания в нашата съвременност. Това се определя от големия брой болни, страдащи от захарен диабет. 30 - 40% от тях развиват като усложнение полиневропатия.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

ВЕРТЕБРОГЕННИ ДИСКОВИ И ДИСК-АРТИКУЛЕРНИ НЕКОРЕНЧЕВИ И КОРЕНЧЕВИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ

Болките в гръбнака (от гръбначен произход – вертеброгенни болки) са едни от най-разпространените оплаквания на съвременната цивилизация. Всеки човек в живота си изпитва болка в някой отдел на гръбнака – шиен, гръден или поясен. Налице са твърде много фактори, които допринасят за постоянно нарастващата им честота. Един от значимите фактори е заседналият живот, който водим в т.н. “ера на компютрите”. Те са причина за големи икономически загуби поради нетрудоспособност, тъй като засягат предимно хората в активна възраст и имат склонност да рецидивират.

Причините за появата на тези болки са различни и най-често комплексни – външни и вътрешни. Патологичните процеси, които причиняват вертеброгенните болки обикновено са доброкачествени. Рисковите фактори са както външни (внезапни непрестанни движения, вдигане на тежести, продължителни и неудобни пози, травми и т.н.), така и вътрешни – дължащи се на предразположение на самия организъм (вродени малформации на прешлени, обменни заболявания, естествени процеси на стареене на гръбначните структури).

Източник на болка могат да бъдат патологични процеси във всички структури на гръбнака, които имат болкови рецептори. Това са както подвижните елементи (т.нар. “амортизатори” на гръбнака – междупрешленните дискове, малките междупрешленни ставички), така и стабилизиращите го структури – прешленните тела, съединително-тъканните връзки и мускулите, поддържащи изправената поза на човека. Освен често срещаните дегенеративни изменения, известни на всички като “шипове”, “дископатия”, “дискова херния” и т.н., причини за болката могат да са и други заболявания на структурите на гръбнака – остеопороза, фрактури, туберкулоза, други възпалителни процеси, тумори и метастази.

Гръбнакът е много важен орган, имащ пряко отношение към изправеното положение и към движенията на цялото тяло. Той охранява гръбначния мозък и през неговите отворчета преминават нервите, провеждащи усета и импулсите за движения на мускулите. Тези функции могат да се нарушат вследствие на неговото увреждане. Това предполага внимателно отношение към “баналните” за много от хората “болежки” в гръбнака, а при упоритото им протичане се налага извършване на някои изследвания и постъпване за лечение в болница.

Лечението на вертеброгенните болки трябва да бъде комплексно и да е насочено към повлияване на патологичния процес в гръбнака, който ги е предизвикал. Наред с лекарствата за болката, понякога е необходимо временно да се постави шийна яка или лумбостат, за да се ограничат усилващите я движения. Според преценката на лекаря се провежда и мануална терапия, физиотерапия, екстензии, акупунктура и кинезитерапия.

Склонността на вертеброгенните заболявания да рецидивират (да се повтарят) и да се появяват при някои конкретни провокации, налага обучение за профилактика (предпазване). В това се включва както използването на удобно легло, начина на ставане сутрин от него, повдигането на предмети от земята, позицията на работното място (правилно поставяне на компютъра), така и провеждането на специални рехабилитационни програми и практикуване на определени спортове за укрепването на мускулния корсет.

**КП № 56 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА
ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ (ЧМН), НА НЕРВНИТЕ
КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ, ПОЛИНЕВРОПАТИЯ И
ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ**

**КП № 56.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА
ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ (ЧМН), НА НЕРВНИТЕ
КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ, ПОЛИНЕВРОПАТИЯ И
ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18
ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

Не включва: дефекти на каталаза и пероксидаза

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия

Вродена еритропоетична порфирия

Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии

Наследствена копропорфирия

Порфирия:

- БДУ

- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Увреждания на троичния нерв

Включва: увреждания на 5-я черепномозъчен нерв

G50.0 Невралгия на троичния нерв

Синдром на пароксизмална лицева болка

Болезнен тик

G50.1 Атипична лицева болка

G50.8 Други увреждания на троичния нерв

Увреждания на лицевия нерв

Включва: увреждания на 7-я черепномозъчен нерв

G51.0 Парализа на Bell

Лицева парализа

G51.1 Възпаление на ganglion geniculi

Не включва: постхерпетично възпаление на ganglion geniculi (B02.2)

G51.2 Синдром на Melkersson

Синдром на Melkersson-Rosenthal

G51.3 Клоничен хемифациален спазъм

G51.4 Лицева миокемия

G51.8 Други увреждания на лицевия нерв

Увреждания на други черепномозъчни нерви

Не включва: увреждания:

- на слуховия (8-я) нерв (H93.3)
- на зрителния (2-я) нерв (H46, H47.0)
- паралитично късогледство, дължащо се на увреждане на нерв (H49.0—H49.2)

G52.0 Увреждания на обонятелния нерв
Увреждания на 1-я черепномозъчен нерв

G52.1 Увреждания на n. glossopharyngeus
Увреждания на 9-я черепномозъчен нерв
Глософарингиална невралгия

G52.2 Увреждания на n. vagus
Увреждания на пневмогастралния (10-я) нерв

G52.3 Увреждания на подезичния нерв
Увреждания на 12-я черепномозъчен нерв

G52.7 Множествени увреждания на черепномозъчните нерви
Краниален полиневрит

G52.8 Увреждания на други уточнени черепномозъчни нерви

Увреждания на черепномозъчни нерви при болести, класифицирани другаде

G53.0* Невралгия след herpes zoster (B02.2†)
Постхерпетично(-а):

- възпаление на ganglion geniculi
- невралгия на троичния нерв

Увреждания на нервни коренчета и плексуси

Не включва: травматични увреждания на нервни коренчета и плексуси — виж травми на нервите в различните области на тялото
 увреждания на междупрешленните дискове (M50—M51)
 невралгия или неврит БДУ (M79.2)
 неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- лумбален БДУ
- лумбо-сакрален БДУ (M54.1)
- торакален БДУ

 радикулит БДУ
 радикулопатия БДУ
 спондилоза (M47.—)

G54.0 Увреждания на брахиалния плексус
Инфраторакален синдром

G54.1 Увреждания на лумбо-сакралния плексус

G54.2 Увреждания на шийните коренчета, неклассифицирани другаде

G54.3 Увреждания на гръдните коренчета, неклассифицирани другаде

G54.4 Увреждания на лумбо-сакралните коренчета, неклассифицирани другаде

G54.5 Невралгична амиотрофия
Синдром на Parsonage-Aldren-Turner
Неврит на раменния пояс

Мононевропатии на горен крайник

Не включва: травматични увреждания на нерв — виж травми на нервите в различните области на тялото

G56.0 Синдром на карпалния канал

G56.2 Увреждане на лакътния нерв
Късна парализа на лакътния нерв

G56.3 Увреждане на лъчевия нерв

G56.8 Други мононевропатии на горен крайник

Мононевропатии на долен крайник

Не включва: травматични увреждания на нерв — виж травми на нервите в различните области на тялото

G57.0 Увреждане на седалищния нерв

Не включва: ишиас:

- БДУ (M54.3)
- свързан с увреждане на междупрешленния диск (M51.1)

G57.1 Парестетична мералгия

Синдром на страничния кожен нерв на бедрото

G57.2 Увреждане на бедрения нерв

G57.3 Увреждане на n. fibularis

Увреждане на фибуларния (перонеалния) нерв

G57.4 Увреждане на n. tibialis

G57.5 Синдром на тарзалния канал

G57.6 Увреждане на n. plantaris

Метатарзалгия на Morton

G57.8 Други мононевралгии на долен крайник

Междупръстова неврома на долен крайник

Други мононевропатии

G58.7 Множествен мононеврит

Възпалителна полиневропатия

G61.0 Синдром на Guillain-Barré

Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

G61.8 Други възпалителни полиневропатии

Други полиневропатии

G62.0 Медикаментозна полиневропатия

G62.2 Полиневропатия, предизвикана от други токсични вещества

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G62.8 Други уточнени полиневропатии

Радиационна полиневропатия

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Полиневропатии при болести, класифицирани другаде

G63.3* Полиневропатия при други ендокринни болести и разстройства на обмяната на веществата (E00—E07†, E15—E16†, E20—E34†, E70—E89†)

Други деформиращи дорзопатии

M43.62 Крива шия [torticollis]

Не включва: следните видове тортиколис:

- вроден (стерномастоидеусен) (Q68.0)
- след родова травма (P15.2)
- пряко травматично увреждане — виж травматични увреждания на гръбначния стълб според анатомичната локализация

- психогенен (F45.8)
- спастичен (G24.3)

Травматична спондилопатия

- M48.30** Травматична спондилопатия - множествено засягане на гръбначния стълб
- M48.31** Травматична спондилопатия - окципито-атланта-аксисен отдел
- M48.32** Травматична спондилопатия - шийна област
- M48.33** Травматична спондилопатия - шийно-гръден отдел
- M48.34** Травматична спондилопатия - гръден отдел
- M48.35** Травматична спондилопатия - гръдно-поясен отдел
- M48.36** Травматична спондилопатия - поясен отдел
- M48.37** Травматична спондилопатия - поясно-кръстен отдел
- M48.38** Травматична спондилопатия - кръстен и кръстноопашатен отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел

Включва: увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел с болков синдром
увреждания на междупрешленните дискове в шийногръдния отдел

- M50.0†** Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с миелопатия (G99.2*)
- M50.1** Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с радикулопатия
Не включва: брахиален радикулит БДУ (M54.1)
- M50.2** Друг тип хернизация на междупрешленните дискове в шийния отдел
- M50.3** Друг тип дегенерация на междупрешленните дискове в шийния отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в други отдели

Включва: увреждания на междупрешленните дискове в гръдния, гръднопоясния и пояснокръстния отдел

- M51.0†** Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с миелопатия (G99.2*)
- M51.1** Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с радикулопатия
Ишиас, дължащ се на увреждане в междупрешленен диск
Не включва: лумбален радикулит БДУ (M54.1)
- M51.2** Друг тип уточнена хернизация на междупрешленен диск
Лумбаго, дължащо се на дискова херния
- M51.3** Друга уточнена дегенерация на междупрешленен диск
- M51.4** Възли на Schmorl

Други дорзопатии, неklasифицирани другаде

- M53.01** Шийночерепаен синдром - окципито-атланта-аксисен отдел
Заден цервикален симпатиков синдром
- M53.02** Шийночерепаен синдром – шийна област
Заден цервикален симпатиков синдром
- M53.03** Шийночерепаен синдром - шийногръден отдел
Заден цервикален симпатиков синдром

Шийнобрахиален синдром

- M53.11** Шийнобрахиален синдром - окципито-атланта-аксисен отдел
Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

M53.12 Шийнобрахиален синдром - шийна област

Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

M53.13 Шийнобрахиален синдром - шийно-гърден отдел

Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

Спинална нестабилност

M53.20 Спинална нестабилност - множествено засягане на гръбначния стълб

M53.21 Спинална нестабилност - окципито-атланта-аксисен отдел

M53.22 Спинална нестабилност - шийна област

M53.23 Спинална нестабилност - шийногърден отдел

M53.24 Спинална нестабилност - гърден отдел

M53.25 Спинална нестабилност - гърднопоясен отдел

M53.26 Спинална нестабилност - поясен отдел

M53.27 Спинална нестабилност - пояснокръстен отдел

M53.28 Спинална нестабилност - кръстен и кръстноопашен отдел

M53.38 Кръстноопашни увреждания, неклассифицирани другаде - кръстен и кръстноопашен отдел
Coccygodinia

Други уточнени дорзопатии

M53.80 Други уточнени дорзопатии - множествено засягане на гръбначния стълб

M53.81 Други уточнени дорзопатии - окципито-атланта-аксисен отдел

M53.82 Други уточнени дорзопатии - шийна област

M53.83 Други уточнени дорзопатии - шийногърден отдел

M53.84 Други уточнени дорзопатии - гърден отдел

M53.85 Други уточнени дорзопатии - гърднопоясен отдел

M53.86 Други уточнени дорзопатии - поясен отдел

M53.87 Други уточнени дорзопатии - пояснокръстен отдел

M53.88 Други уточнени дорзопатии - кръстен и кръстноопашен отдел

Дорзалгия

Не включва: психогенна дорзалгия (F45.4)

M54.00 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - множествено засягане на гръбначния стълб

Не включва: следните видове паникулит:
• БДУ(M79.3)
• при лупус (L93.2)
• рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.01 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - окципито-атланта-аксисен отдел

Не включва: следните видове паникулит:
• БДУ(M79.3)
• при лупус (L93.2)
• рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.02 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - шийна област

Не включва: следните видове паникулит:
• БДУ(M79.3)

- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.03 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - шийногръден отдел

Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.04 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - гръден отдел

Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.05 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - гръднопоясен отдел

Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.06 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - поясен отдел

Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.07 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - пояснокръстен отдел

Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.08 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - кръстен и кръстноопашен отдел

Не включва: следните видове паникулит:

- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.10 Радикулопатия - множествено засягане на гръбначния стълб

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.11 Радикулопатия - окципито-атланта-аксисен отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.12 Радикулопатия - шийна област

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.13 Радикулопатия - шийногръден отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.14 Радикулопатия - гръден отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.15 Радикулопатия - гръднопоясен отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отделы (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.16 Радикулопатия - поясен отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)

- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.17 Радикулопатия - пояснокръстен отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.18 Радикулопатия - кръстен и кръстноопашен отдел

Неврит или радикулит:

- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:

- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.21 Цервикалгия - окципито-атланта-аксисен отдел

Не включва: цервикалгия в резултат на увреждане на междупрешленен диск (M50.—)

M54.22 Цервикалгия - шийна област

Не включва: цервикалгия в резултат на увреждане на междупрешленен диск (M50.—)

M54.36 Ишиас - пояснен отдел

Не включва: увреждане на седалищния нерв (G57.0)

ишиас:

- предизвикан от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)
- с лумбаго (M54.4)

M54.37 Ишиас - пояснокръстен отдел

Не включва: увреждане на седалищния нерв (G57.0)

ишиас:

- предизвикан от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)
- с лумбаго (M54.4)

M54.46 Лумбаго с ишиас - пояснен отдел

Не включва: предизвикано от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)

M54.47 Лумбаго с ишиас - пояснокръстен отдел

Не включва: предизвикано от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)

M54.55 Ниска кръстна болка - гръднопоясен отдел

Поясна болка

Ниско кръстно напрежение

Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:

- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)

- с ишиас (M54.4)

M54.56 Ниска кръстна болка - поясен отдел

Поясна болка

Ниско кръстно напрежение

Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:

- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.57 Ниска кръстна болка - пояснокръстен отдел

Поясна болка

Ниско кръстно напрежение

Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:

- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.58 Ниска кръстна болка - кръстен и кръстноопашен отдел

Поясна болка

Ниско кръстно напрежение

Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:

- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.63 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - шийногръден отдел

Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

M54.64 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - гръден отдел

Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

M54.65 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - гръднопоясен отдел

Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

Увреждания на костно-мускулната система след медицински процедури, неклассифицирани другаде

Не включва:

- артропатия след чревна анастомоза (M02.0)
- наличие на функционални импланти и на други протези (Z95—Z97)
- нарушения, свързани с остеопороза (M80—M81)

M96.1 Синдром след ламинектомия, неклассифициран другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката G63 не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:

	<ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (57001, 57007 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и корем (57001-01, 57007-01 [1957]) • лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956]) • средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955]) • орбита (56013-02, 56013-03 [1954]) • питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])
56001-00	Компютърна томография на мозък
56007-00	Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст
Рентгенография на гръбначен стълб	
	<i>Включва:</i> функционални гледни точки
59724-00	Миелография
58100-00	Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб <i>Не включва:</i> радиография на гръбнак: <ul style="list-style-type: none"> • 2 отдела (58112-00 [1969]) • 3 отдела (58115-00 [1969]) • 4 отдела (58108-00 [1969])
58103-00	Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб <i>Не включва:</i> радиография на гръбнак: <ul style="list-style-type: none"> • 2 отдела (58112-00 [1969]) • 3 отдела (58115-00 [1969]) • 4 отдела (58108-00 [1969])
58106-00	Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб Радиография на поясен гръбнак <i>Не включва:</i> радиография на гръбнак: <ul style="list-style-type: none"> • 2 отдела (58112-00 [1969]) • 3 отдела (58115-00 [1969]) • 4 отдела (58108-00 [1969])
Компютърна томография на гръбначен стълб	
	<i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56233-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели
56234-00	Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
90901-03	Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб <i>Включва:</i> гръбначен мозък
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
1926 Микробиологични изследвания	
92182-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

<i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител	
Невромускулна електродиагностика	
<p>ЕМГ [електромиография]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невромускулна проводимост</p>	
11012-00	<p>Електромиография (ЕМГ)</p> <p><i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])</p>
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	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>	
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, противоинокциозен 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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Приложение на фармакологичен агент през отвор

Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент

Йонофореза

Топично

}

Трансдермално

}

приложение на фармакологичен агент

Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [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

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, от които едната е задължително ЕМГ (изключение при диагнози G50.0, G50.1, G50.8, G52.0, G52.1, G52.2, G52.3, G52.8) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицинските стандарти по „Неврология“ и „Педиатрия“.

1. 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 неврология или детска неврология
2. Клинична лаборатория* II ниво (с възможност и за ликворологично изследване и КГА)
3. ЕМГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - двама лекари с придобита специалност по нервни болести за Клиника/отделение по неврология

или

- лекар със специалност по нервни болести за Клиника/отделение по детска неврология

или

лекар със специалност по детска неврология.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести или детска неврология, с квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

4.2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- синдром на Guillain-Barre и постинфекциозен полиневрит - всички клинични форми и степени на тежест;
- полиневропатия с остро, подостро или хронично развиващи се вяли периферни парези в крайниците, със или без сетивни нарушения, остро или подостро развиващи се сетивни нарушения в крайниците с възбуден или отпаден характер;
- болести на черепно-мозъчните нерви: VII ЧМН - остър стадий до 10 ден - всички клинични форми и степени на тежест; V ЧМН - всички остри случаи с невралгия на троичния нерв с неуточнена етиология, остри увреждания на други уточнени ЧМН;
- болести на нервните коренчета и плексуси при наличие на остро развитие на долна вяла парепареза или на квадрипареза от смесен тип с тазово-резервоарни нарушения; развили парези с различна степен на изразеност в проксимални и /или дистални мускулни групи; възбудни сетивни прояви, неповлияващи се от медикаментозното лечение, проведено в амбулаторни условия;
- порфиринова полиневропатия.

Диагностично изясняване на недиагностицирани състояния и заболявания (спондилит, метастази в прешлен, миелом, неврином, херпес зостер и др.) след изчерпване на диагностичните възможности в специализираната извънболнична помощ и наличие на медицински риск от отлагане на диагностиката и лечението.

- Вертеброгенни дискови и диск-артинулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми, неповлияващи се от медикаментозното лечение, провеждано в амбулаторни условия и с поява на някой от следните симптоми/синдроми: интермитентни тазово-резервоарни нарушения; съмнение за развиващ се синдром на cauda equina; поява на отпадна сетивна или двигателна симптоматика; вертеброгенен синдром с възбудна или отпадна симптоматика.
- Болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН) - хронични неповлияващи се от медикаментозното лечение, провеждано в амбулаторни условия.
- Болести на нервните коренчета и плексуси - болни с хронични болкови синдроми.
- Медикаментозна полиневропатия с изразени отпадни сетивни и двигателни разстройства.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (кръв) се взема в рамките на болничния престой за подпомагане на диференциално-диагностичния план и уточняване на основната диагноза, ако не е извършено в извънболничната помощ. ЕМГ се извършва задължително в рамките на болничния престой. При увреждане на черепно-мозъчни нерви по преценка се извършва консултация със специалист по УНГ. Общо изследване на ликвор, вирусологично изследване на ликвор и на кръв се извършва по преценка.

2.1. Лечение на неврит на VII ЧМН.

Средство на избор са:

- кортикостероиди (при съобразяване на контраиндикациите) – преднизон, метилпреднизолон, преднизолон;
- манитол – 10% 500 ml - при съобразяване за контраиндикации;
- нестероидни противовъзпалителни средства (при контраиндикации за прилагане на кортикостероиди);
- ацикловир (при доказана херпес симплекс етиология);
- физикално лечение.

2.2. Лечение на идиопатичната невралгия на троичния нерв.

Лечението е медикаментозно и/или неврохирургично.

Медикаментозното лечение включва:

- Габапентин - 2-3 пъти по 400 mg;
- Карбамазепин – 3 x 200 mg до 3 x 400 mg или
- Прегабалин
- Трамадол

2.3. Болести на нервните коренчета и плексуси (цервикобрахиална радикулоплексопатия и лумбосакрална радикулоплексопатия).

Лечението включва:

- нестероидни противовъзпалителни средства;
- дексаметазон (при резистентни на друго лечение болкови синдроми);
- миорелаксанти;
- манитол 10 % 500 ml;
- физикално лечение;
- неврохирургично лечение (при необходимост).

2.4. Увреждане на н. улнарис, н. медианус, н. радиалис, н. феморалис и на н. ишиадикус и неговите клонове (н. тибалис и н. перонеус).

Лечението е в зависимост от основното заболяване (компресия, травма, захарен диабет, професионално увреждане, колагеноза) и включва медикаментозно, физикално и при необходимост - неврохирургично лечение.

Използват се следните медикаменти:

- нестероидни противовъзпалителни средства;
- кортикостероиди;

2.5. Възпалителна полиневропатия

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуално придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- **лека форма** – възможна самостоятелна походка;
- **умерено тежка форма** – походката е възможна само с придружител;
- **тежка форма** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма на синдрома на Гилен – Баре (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **без имуноглобулини:**

При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза. Не се препоръчва употребата на кортикостероидни препарати поради тяхната неефективност при това заболяване.

Специфично лечение на хроничната форма синдрома на Гилен–Баре (хронична възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **без имуноглобулини:**

Средство на първи избор са кортикостероидите:

- преднизон, метилпреднизолон, преднизолон;
- метилпреднизолон – 80 мг интравенозно дневно в продължение на две седмици с постепенно намаляване на дневната доза и преминаване към перорален прием на преднизон, метилпреднизолон или преднизолон.

2.6. Специфично лечение при постинфекциозни полирадикулоневрити - провежда се съобразно етиологичния причинител с антибиотици и антивирусни средства.

2.7. Специфично лечение на порфириновата полиневропатия - подчертана въглехидратна диета и инфузии на глюкозен разтвор (500 гр. за 24 ч).

2.8. Специфично лечение на медикаментозната полиневропатия:

- при възможност спиране употребата на медикамента и замяната му с друг;

Неспецифичното (интензивно) лечение при синдрома на Гилен – Баре, постинфекциозните полирадикулоневрити и порфириновата полиневропатия включва респираторна реанимация и интензивно лечение: ендотрахеална интубация и последваща трахеостомия, провеждане на изкуствена белодробна вентилация при съответни индикации; включване на централен венозен път за провеждане на медикаментозни инфузии, парентерално хранене и корекция на водно-електролитния баланс, както и за проследяване на ЦВН, мониториране на сърдечната дейност и общата хемодинамика; поставяне на назогастрална сонда и провеждане на смесено хранене. При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на синдрома на Гилен – Баре се прилагат неопиоидни и опиоидни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

2.9. Поведение при вертеброгенни дискови и диск-арткулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми:

При приемането на пациента, в деня на хоспитализацията, се извършва пълен медицински преглед – подробна насочена анамнеза, соматичен и неврологичен статус, планират се необходимите изследвания; поставя се плоскост под дюшека на леглото (когато е необходимо за постигане правилно положение на болния в леглото) или се използва специализирано легло (при възможност). Назначава се медикаментозно лечение:

- за болката и съпътстващото асептично възпаление – приложение на НСПВС i.m. или i.v.

- миорелаксанти;

- при съмнение за централна или рецесуална стеноза и голяма дискова херния – кортикостероиди;

- при двигателен дефицит – антихолинестеразни средства - Galantamin (желателно след консултация с интернист);

- поставя се лумбостат или шийна яка (където е необходимо) за имобилизация на засегнатите сегменти.

При много силна и неповлияваща се от НСПВС вертеброгенна радикулерна или нерадикулерна болка в острия ѝ стадий е уместно и използването на опиоидни аналгетици.

Извършват се лабораторни и рентгенови изследвания – лицева и странична проекция, при необходимост и коси проекции; електромиографско изследване, КТ и/или МРТ; при необходимост се провежда лумбална пункция; серумна електрофореза (и на урина) при съмнение за миелом и т.н.

При провеждане на лечението е необходимо проследяване на неврологичния статус, отчитане на подобрение или евентуално влошаване на симптоматиката. При двигателен дефицит е необходимо и провеждане на ЕМГ след определен период за отчитане ефекта от терапията и прогностично; за отчитане на глобалния ефект от лечението е желателно да се използват скали (напр. VAS).

След провеждане на необходимите образни изследвания и установяване възможната етиология при необходимост се правят допълнителни консултации – с неврохирург, ортопед, ендокринолог (напр. при остеопороза), хематолог (при мултиплен миелом), ревматолог (при анкилозиращ спондилит и др. ревматични заболявания), онколог (при метастази) и т.н.

Медикаментозното лечение е аналогично на приетото в „Национален консенсус за диагностика и лечение на неврологично обусловените болки“

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

При вертеброгенни дискови и диск-артитулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми - окончателната диагноза се поставя въз основа на клиничната картина, хода на болестта, образните изследвания (Ro и КТ/МРТ) и лабораторните изследвания; уточняване на възможната етиология.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стационаране или намаляване на изявената неврологична (възбудна и отпадна) симптоматика, доказана чрез неврологично изследване, а при вертеброгенни дискови и диск-артитулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми и едно или повече от следните условия:

- поставяне на диагнозата и намаляване интензивността на болковата симптоматика (радикулерна или нерадикулерна);
- подобряване на отпадната симптоматика (сетивна или двигателна);
- възстановяване обема на движение в засегнатия вертебрален отдел;
- проведени контролни изследвания, когато е необходимо (ЕМГ, ММТ).

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикриза. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

БОЛЕСТИ НА ПЕРИФЕРНАТА НЕРВНА СИСТЕМА (БОЛЕСТИ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ, БОЛЕСТИ НА НЕРВНИТЕ КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ)

Невритът на лицевия нерв е сравнително често заболяване, което се обуславя от вирусна инфекция на ствола на нерва с развитие на парализа на мускулатурата на едната лицева половина. Идиопатичната невралгия на троичния нерв е рядко заболяване, което се характеризира с по-редки или по-чести болкови пристъпи в отделни области на лицето.

Болестите на нервните коренчета и плексусите са широко разпространени заболявания в съвременния свят, дължащи се най-често на дегенеративни промени в шийните или поясните прешлени. При част от болните с тези заболявания се налага хоспитализация, с цел диагностично изясняване и лечение на мускулната слабост и болковия синдром.

Увредата на отделни нерви в областта на ръцете или краката се дължи на различни заболявания, което налага в редица случаи диагностичното изясняване да се извършва в болнични условия като необходима предпоставка за правилно лечение.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА С ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТ

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приети по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Диабетната и медикаментозната полиневропатия са широко разпространени заболявания в нашата съвременност. Това се определя от големия брой болни, страдащи от захарен диабет. 30 - 40% от тях развиват като усложнение полиневропатия.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

ВЕРТЕБРОГЕННИ ДИСКОВИ И ДИСК-АРТИКУЛЕРНИ НЕКОРЕНЧЕВИ И КОРЕНЧЕВИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ

Болките в гръбнака (от гръбначен произход – вертеброгенни болки) са едни от най-разпространените оплаквания на съвременната цивилизация. Всеки човек в живота си изпитва болка в някой отдел на гръбнака – шиен, гръден или поясен. Налице са твърде много фактори, които допринасят за постоянно нарастващата им честота. Един от значимите фактори е заседналият живот, който водим в т.н. “ера на компютрите”. Те са причина за големи икономически загуби поради нетрудоспособност, тъй като засягат предимно хората в активна възраст и имат склонност да рецидивират.

Причините за появата на тези болки са различни и най-често комплексни – външни и вътрешни. Патологичните процеси, които причиняват вертеброгенните болки обикновено са доброкачествени. Рисковите фактори са както външни (внезапни непрестанни движения, вдигане на тежести, продължителни и неудобни пози, травми и т.н.), така и вътрешни – дължащи се на предразположение на самия организъм (вродени малформации на прешлени, обменни заболявания, естествени процеси на стареене на гръбначните структури).

Източник на болка могат да бъдат патологични процеси във всички структури на гръбнака, които имат болкови рецептори. Това са както подвижните елементи (т.нар. “амортизатори” на гръбнака – междупрешленните дискове, малките междупрешленни ставички), така и стабилизиращите го структури – прешленните тела, съединително-тъканните връзки и мускулите, поддържащи изправената поза на човека. Освен често срещаните дегенеративни изменения, известни на всички като “шипове”, “дископатия”, “дискова херния” и т.н., причини за болката могат да са и други заболявания на структурите на гръбнака – остеопороза, фрактури, туберкулоза, други възпалителни процеси, тумори и метастази.

Гръбнакът е много важен орган, имащ пряко отношение към изправеното положение и към движенията на цялото тяло. Той охранява гръбначния мозък и през неговите отворчета преминават нервите, провеждащи усета и импулсите за движения на мускулите. Тези функции могат да се нарушат вследствие на неговото увреждане. Това предполага внимателно отношение към “баналните” за много от хората “болежки” в гръбнака, а при упоритото им протичане се налага извършване на някои изследвания и постъпване за лечение в болница.

Лечението на вертеброгенните болки трябва да бъде комплексно и да е насочено към повлияване на патологичния процес в гръбнака, който ги е предизвикал. Наред с лекарствата за болката, понякога е необходимо временно да се постави шийна яка или лумбостат, за да се ограничат усилващите я движения. Според преценката на лекаря се провежда и мануална терапия, физиотерапия, екстензии, акупунктура и кинезитерапия.

Склонността на вертеброгенните заболявания да рецидивират (да се повтарят) и да се появяват при някои конкретни провокации, налага обучение за профилактика (предпазване). В това се включва както използването на удобно легло, начина на ставане сутрин от него, повдигането на предмети от земята, позицията на работното място (правилно поставяне на компютъра), така и провеждането на специални рехабилитационни програми и практикуване на определени спортове за укрепването на мускулния корсет.

**КП № 57 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ И ХРОНИЧНИ
ВИРУСНИ, БАКТЕРИАЛНИ, СПИРОХЕТНИ, МИКОТИЧНИ И
ПАРАЗИТНИ МЕНИНГИТИ, МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТИ И
МИЕЛИТИ**

**КП № 57.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ И
ХРОНИЧНИ ВИРУСНИ, БАКТЕРИАЛНИ, СПИРОХЕТНИ,
МИКОТИЧНИ И ПАРАЗИТНИ МЕНИНГИТИ,
МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТИ И МИЕЛИТИ ПРИ ЛИЦА НАД 18
ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Менингококова инфекция

A39.0† Менингококов менингит (G01*)

A39.1† Синдром на Weterhouse-Friderichsen (E35.1*)

Менингококов хеморагичен адrenaлит
Менингококов адrenaлен синдром

Ранен сифилис

A51.4 Други форми на вторичен сифилис

Вторичен(-на)(-но) сифилитичен(-на)(-но):

- възпаление на женските тазови органи† (N74.2*)
- иридоциклит† (H22.0*)
- лимфаденопатия
- менингит† (G01*)
- миозит† (M63.0*)
- офталмопатия, НКД† (H58.8*)
- периостит† (M90.1*)

Късен сифилис

A52.1 Невросифилис със симптоми

Артропатия на Charcot (M14.6*)

Късен(-на) сифилитичен(-на):

- неврит на слуховия нерв† (H94.0*)
- енцефалит† (G05.0*)
- менингит† (G01*)
- атрофия на зрителния нерв† (H48.0*)
- полиневропатия† (G63.0*)
- ретробулбарен неврит† (H48.1*)
- Сифилитичен паркинсонизъм† (G22*)

A52.2 Асимптоматичен неврoсифилис

A52.3 Невросифилис

Гума (сифилитична)

Сифилис (късен)

Сифилома

} на централната нервна система БДУ

A69.2 Лаймска болест

Хроничен мигриращ еритем, предизвикан от *Borrelia burgdorferi*

Остър полиомиелит

A80.0 Остър паралитичен полиомиелит, свързан с ваксина

A80.1 Остър паралитичен полиомиелит, предизвикан от внесен див вирус

Атипични вирусни инфекции на централната нервна система

Включва: prion болести на централната нервна система

A81.1 Подостър склерозиращ паненцефалит

Енцефалит с включвания на Dawson-ови телца

Склерозиращ левкоенцефалит на Van Bogaert

A81.2 Прогресираща многоогнищна левкоенцефалопатия

Многоогнищна левкоенцефалопатия БДУ

A81.8 Други атипични вирусни инфекции на централната нервна система

Куру

A81.9 Атипична вирусна инфекция на централната нервна система, неуточнена

Prion болест на централната нервна система НКД

Вирусен енцефалит, предаван от кърлежи

Включва: кърлежов вирусен менингоенцефалит

A84.0 Далекоизточен кърлежов енцефалит [руски пролетно-летен енцефалит]

A84.1 Централноевропейски кърлежов енцефалит

A84.8 Други кърлежови вирусни енцефалити

Болест на Louping

Болест, предизвикана от Powassan-вирус

A84.9 Кърлежов вирусен енцефалит, неуточнен

Други вирусни енцефалити, неклассифицирани другаде

Включва: уточнен вирусен:

- енцефаломиелит, НКД
- менингоенцефалит, НКД

Не включва: доброкачествен миалгичен енцефаломиелит (G93.3)

енцефалит, предизвикан от:

- херпес-вирус [herpes simplex] (B00.4)
- морбили-вирус (B05.0)
- вирус на епидемичния паротит (B26.2)
- полиомиелитен вирус (A80.—)
- зостер-вирус (B02.0)

лимфоцитарен хориоменингит (A87.2)

A85.2 Вирусен енцефалит, предаван от членестоноги, неуточнен

A85.8 Други уточнени вирусни енцефалити

Летаргичен енцефалит

Болест на Esopomo-Cruchet

A86 Вирусен енцефалит, неуточнен

Вирусен:

- енцефаломиелит БДУ
- менингоенцефалит БДУ

Вирусен менингит

Не включва: менингит, предизвикан от:

- херпес-вирус [herpes simplex] (B00.3)
- морбили-вирус (B05.1)
- вирус на епидемичния паротит (B26.1)
- полиомиелитен вирус (A80.—)
- зостер-вирус (B02.1)

A87.0† Ентеровирусен менингит (G02.0*)

Коксакивирусен менингит
Еховирусен менингит

A87.1† Аденовирусен менингит (G02.0*)

A87.2 Лимфоцитарен хориоменингит
Лимфоцитарен менингоенцефалит

A87.8 Друг вирусен менингит

Херпес-вирусни [herpes simplex] инфекции

Не включва: аногенитална херпес-вирусна инфекция (A60.—)
вродена херпес-вирусна инфекция (P35.2)
гама-херпес-вирусна моноклеоза (B27.0)
херпангина (B08.5)

B00.3† Херпес-вирусен менингит (G02.0*)

B00.4† Херпес-вирусен енцефалит (G05.1*)
Херпес-вирусен менингоенцефалит
Маймунска болест В

Херпес зостер [herpes zoster]

Включва: херпес зостер
zona

B02.1† Херпес зостер с менингит (G02.0*)

B02.2† Херпес зостер с други усложнения на нервната система
Постхерпесен(-на):

- ганглионит на лицевия нерв (G53.0*)
- полиневропатия (G63.0*)
- невралгия на троичния нерв (G53.0*)

Брусница

Включва: morbilli

Не включва: подостър склерозиращ паненцефалит (A81.1)

B05.0† Брусница, усложнена с енцефалит (G05.1*)
Постморбилиозен енцефалит

B05.1† Брусница, усложнена с менингит (G02.0*)
Постморбилиозен менингит

Епидемичен паротит

Включва: паротит:

- епидемичен
- инфекциозен

B26.1† Паротитен менингит (G02.0*)

B26.2† Паротитен енцефалит (G05.1*)

Кандидоза

Включва: кандидоза
монилиаза

Не включва: неонатална кандидоза (P37.5)

B37.5† Кандидозен менингит (G02.1*)

Кокцидиоидомикоза

B38.4† Кокцидиоидомикозен менингит (G 02.1*)

Криптококоза

B45.1 Церебрална криптококоза
Криптококов менингит (G02.1*)

Менингоцеребрална криптококоза

Токсоплазмоза

Включва: инфекция, предизвикана от *Toxoplasma gondii*

Не включва: вродена токсоплазмоза (P37.1)

B58.2† Токсоплазмозен менингоенцефалит (G05.2*)

Цистицеркоза

Включва: цистицеркоза, предизвикана от личинковата форма на свинската тения *Taenia solium*

B69.0 Цистицеркоза на централната нервна система

Бактериален менингит, неклассифициран другаде

Включва: арахноидит
лептоменингит
менингит
пахименингит } бактериален

Не включва: бактериален:

- менингоенцефалит (G04.2)
- менингомиелит (G04.2)

G00.0 Хемофилен менингит

Менингит, предизвикан от *Haemophilus influenzae*

G00.1 Пневмококов менингит

G00.2 Стрептококов менингит

G00.3 Стафилококов менингит

G00.8 Менингит, предизвикан от други бактерии

Менингит от:

- бацила на Friedlander
- *Escherichia coli*
- *Klebsiella*

G00.9 Бактериален менингит, неуточнен

Менингит:

- гноен БДУ
- пиогенен БДУ
- супуративен БДУ

G01* Менингит при бактериални болести, класифицирани другаде

Менингит (при):

- антракс (A22.8†)
- гонококов (A54.8†)
- лептоспироза (A27.—†)
- листериоза (A32.1†)
- Лаймска болест (A69.2†)
- менингококов (A39.0†)
- невросифилис (A52.1†)
- салмонелоза (A02.2†)
- сифилис:
 - вроден (A50.4†)
 - вторичен (A51.4†)
- туберкулоза (A17.0†)
- тифоидна треска (A01.0†)

Не включва: менингоенцефалит и менингомиелит при бактериални болести, класифицирани другаде (G05.0*)

Менингит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Не включва: менингоенцефалит и менингомиелит при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде (G05.1—G05.2*)

G02.0* Менингит при вирусни болести, класифицирани другаде

Менингит (предизвикан от):

- аденовирусен (A87.1†)
- ентеровирусен (A87.0†)
- herpes simplex (B00.3†)
- инфекциозна мононуклеоза (B27.—†)
- морбили (B05.1†)
- епидемичен паротит (B26.1†)
- рубеола (B06.0†)
- варицела (B01.0†)
- herpes zoster (B02.1†)

G02.1* Менингит при микози

Менингит (при):

- кандидозен (B37.5†)
- кокцидиомикоза (B38.4†)
- криптококов (B45.1†)

G02.8* Менингит при други уточнени инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Менингит при:

- африканска трипанозома (B56.—†)
- болест на Chagas (B57.4†)

Менингит, дължащ се на други и неуточнени причини

Включва: арахноидит
 лептоменингит
 менингит
 пахименингит

} вследствие на други
 и неуточнени причини

Не включва: менингоенцефалит (G04.—)
 менингомиелит (G04.—)

G03.0 Непиогенен менингит

Небактериален менингит

G03.8 Менингит, предизвикан от други уточнени причинители

Енцефалит, миелит и енцефаломиелит

Включва: остър възходящ миелит
 менингоенцефалит
 менингомиелит

Не включва: доброкачествен миалгичен енцефалит (G93.3)

енцефалопатия:

- БДУ (G93.4)
- алкохолна (G31.2)
- токсична (G92)

множествена склероза (G35)

миелит:

- остър трансверзален (G37.3)
- подостър некротизиращ (G37.4)

G04.2 Бактериален менингоенцефалит и менингомиелит, неклассифицирани другаде

G04.8 Други енцефалити, миелити и енцефаломиелити

Постинфекциозен енцефалит и енцефаломиелит БДУ

Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при болести, класифицирани другаде

Включва: менингоенцефалит и менингомиелит при болести, класифицирани другаде

G05.0* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при бактериални болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит (при):

- листериоза (A32.1†)
- менингококов (A39.8†)
- сифилис:
 - вроден (A50.4†)
 - късен (A52.1†)

- туберкулозен (A17.8†)

G05.1* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при вирусни болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит (при):

- аденовирусни (A85.1†)
- цитомегаловирусни (B25.8†)
- ентеровирусни (A85.0†)
- herpes simplex (B00.4†)
- грип (J10.8†, J11.8†)
- морбили (B05.0†)
- епидемичен паротит (B26.2†)
- след варицела (B01.1†)
- рубеола (B06.0†)
- herpes zoster (B02.0†)

G05.2* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит при:

- африканска трипанозомоза (B56.—†)
- болест на Chagas (хронична форма) (B57.4†)
- менингит, предизвикан от свободно живеещи амеби (naegleria) (B60.2†)
- токсоплазмоза (B58.2†)

Еозинофилен менингоенцефалит (B83.2†)

Увреждания на черепномозъчни нерви при болести, класифицирани другаде

G53.0* Невралгия след herpes zoster (B02.2†)

Постхерпетично(-а):

- възпаление на ganglion geniculi
- невралгия на троичния нерв

Полиневропатии при болести, класифицирани другаде

G63.0* Полиневропатия при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Полиневропатия при:

- дифтерия (A36.8†)
- инфекциозна мононуклеоза (B27.—†)
- проказа (A30.—†)
- Лаймска болест (A69.2†)
- епидемичен паротит (B26.8†)
- herpes zoster (B02.2†)
- късен сифилис (A52.1†)
- вроден сифилис (A50.4†)
- туберкулоза (A17.8†)

G93.4 Енцефалопатия, остра вирусна

Не включва: енцефалопатия:

- алкохолна (G31.2)
- токсична (G92)

Грип, предизвикан от идентифициран вирус на грипа

Не включва: предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*]:

- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J10.8 Грип с други прояви, идентифициран грипен вирус

Енцефалопатия, причинена от грип

Грипен:

- гастроентерит
- миокардит (остър)

} идентифициран грипен вирус

Грип, неидентифициран вирус

- Включва:** грип } без споменаване за идентифициране на вируса
- Не включва:** вирусен грип } предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H.influenzae*]:
- инфекция БДУ (A49.2)
 - менингит (G00.0)
 - пневмония (J14)

- J11.8 Грип с други прояви, неидентифициран вирус**
- Енцефалопатия, причинена от грип } неуточнени
- Грипен: } или вирусът не е идентифициран
- гастроентерит
 - миокардит (остър)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****Лумбална пункция**

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1925 Паразитологични изследвания

92182-03 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за

	паразитология
1933	Химико-токсикологични изследвания
92182-04	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за токсикология
1934	Други лабораторни изследвания
92182-05	Друго микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор Определяне на специфични IgG антитела срещу <i>Borrelia burgdorferi</i> в ликвора Определяна на общи IgG в ликвора
1926	Микробиологични изследвания
91929-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за бактериална намазка
91929-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
1925	Паразитологични изследвания
91929-03	Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за паразитология
1933	Химико-токсикологични изследвания
91929-04	Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за токсикология
1934	Други лабораторни изследвания
91939-03	Друго микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс <i>Включва:</i> изследване на назофарингеален секрет при грип
1926	Микробиологични изследвания
91937-00	Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
91937-01	Микроскопско изследване на кръв за култура
91937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1925	Паразитологични изследвания
91937-03	Микроскопско изследване на кръв за паразитология <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
1933	Химико-токсикологични изследвания
91937-04	Микроскопско изследване на кръв за токсикология
1926	Микробиологични изследвания
91919-03	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за бактериална намазка
91919-04	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност

1925	Паразитологични изследвания
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология
1933	Химико-токсикологични изследвания
91919-07	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за токсикология
1927	Морфологични изследвания
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
1926	Микробиологични изследвания
91932-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за бактериална намазка
91932-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за култура
91920-02	Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура антибиограма
1925	Паразитологични изследвания
91932-03	Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за паразитология
1933	Химико-токсикологични изследвания
91932-04	Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за токсикология
1934	Други лабораторни изследвания
91939-10	Друго микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма
1929	Вирусологични изследвания
91911-29	Други серологични изследвания
1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-08	Изследване на време на кръвене
91913-04	Изследване на време на съсирване
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АПАТ

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
----------	---------------------------------------

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане]
[контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
 - асистирано дишане
- механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ЕТТ)
 - назална
 - орална
 - трахеостомия
- отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:

- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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, противоинокциозен 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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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])

	<ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
	<p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (едната от които е 39000-00) и две основни терапевтични процедури, (от които задължително едната е 96199-07), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924 и 1858 се извършват и кодират всички кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За диагнози с код B26.1 „Паротитен менингит“, B26.2 „Паротитен енцефалит“, код J10.8 „Грип с други прояви, идентифициран вирус /енцефалопатия, причинена от грип/“ и код J11.8 „Грип с други прояви, неидентифициран вирус /енцефалопатия, причинена от грип/“, при клинично-серологично потвърждение, извършването на процедура с код 39000-00 (лумбална пункция) не е задължително. В тези случаи клиничната пътека се отчита с три основни диагностични и две основни терапевтични процедури (от които задължително едната е 96199-07), посочени в блок **Кодове на основни процедури**.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Инфекциозни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Инфекциозни болести“.

1. 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. Инфекциозна клиника/отделение или Клиника/отделение по неврология, с възможност за изолация
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво с възможност за изолация при неясни болни до изясняване или легла за интензивно лечение на инфекциозни заболявания към клиника/отделение по инфекциозни болести, с възможност за изолация при неясни болни до изясняване или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория* II ниво (с възможност и за ликворологично изследване и КГА)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести - за структури II ниво на компетентност един лекар с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Инфекциозни болести”,

или

лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания;

или

лекар с призната специалност по инфекциозни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение.

При наличие на усложнения или прогноза за неблагоприятен изход от заболяването следва да се осигури консултация с лекар-специалист по инфекциозни болести (за неврологични структури) или с лекар-специалист по нервни болести (за структури по инфекциозни болести).

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

4.2. Паразитологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при пациенти с комбинация от три или повече от следните симптоми:

- тежък токсико-инфекциозен синдром;
- синдром на менингоградикулерно дразнене;
- ликворен синдром;
- количествени нарушения в съзнанието;
- огнищна неврологична симптоматика;
- гърчова симптоматика, предшествана от токсинфекциозен синдром;
- наличие на хеморагично-некротичен обрив по кожата;

- ШОКОВО СЪСТОЯНИЕ.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В ПОСОЧЕНИТЕ ВАРИАЦИИ И ВЪЗМОЖНОСТИ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 6 часа след началото на хоспитализацията. Спинална пункция се извършва до 12 часа от началото на хоспитализацията. **При превеждане на пациенти от друго лечебно заведение с извършена лумбална пункция и приложен документ се зачита този резултат.**

Бактериални менингити (БМ) и бактериални менингоенцефалити (БМЕ) са винаги спешен диагностично-терапевтичен проблем, който не търпи отлагане по отношение на лекарска намеса.

Понастоящем диагнозите бактериален менингит и менингоенцефалит се поставят по стандартна методика и по възможно най-бързия начин в хода на заболяването.

Основни принципи на антибактериално лечение на БМ и БМЕ:

1. Антибактериалната терапия трябва да започне максимално рано, веднага след поставяне на диагнозата.

2. Антибактериалната терапия започва непосредствено след направена лумбална пункция и се базира на качествено изследване на ликвора - бактериоскопия, латекс-аглутинация и посевка за културелно изолиране на причинителя. Преди започване на лечението задължително се взема кръв за хемокултура.

Ако извършването на лумбалната пункция се забави поради провеждане на КАТ, антибактериалната терапия започва веднага след вземане на хемокултурата.

3. Най-правилно е антибактериалната терапия да се провежда съобразно данните от антибиограмата на изолирания причинител. За това е необходимо изчакване на резултатите от антибиограмата около 48 до 72 часа, през което време задължително се започва с т. нар. стартова терапия и след получаване на резултатите от микробиологичното изследване терапевтичното поведение се преоценява.

4. Стартовата (емпирична) терапия се започва след внимателна оценка от страна на лекуващия лекар и се съобразява с клинично-епидемиологичните данни, вероятния причинител на гнония менингит във връзка с възрастовия фактор и здравния статус на пациента.

5. Изключително важно значение при определяне на най-подходящия антибиотик за стартова терапия е познаването на кръвно-ликворната проникваемост на най-използваните антимикробни средства. В това отношение фармакологията разделя антибиотиците на четири основни групи:

Фармакокинетиката разделя антибиотичните средства на четири групи:

I група	С добра кръвно-ликворна проходимост с или без наличие на възпалени менинги: хлорамфеникол, рифампицини, цефалоспорици – трета ген., сулфонамиди.
II група	С добра кръвно-ликворна проходимост, но при наличие на възпалителен процес на менингите: амикацин, гентамицин, пеницилин, ампицилин, ванкомицин.
III група	Минимална ликворна проходимост при наличие на възпалителен процес на менингите: стрептомицин, еритромицин, кетоконазол.
IV група	Липсваща кръвно-ликворна проходимост независимо от възпалителен процес на менингите: линкомицин, клиндамицин, антимикотични полиенови антибиотици

	(амфотерицин В)
--	-----------------

6. При лечение на гнойните менингити антибиотичните средства се прилагат само парентерално, основно – венозно с цел постигане на бърза и достатъчно висока ликворна концентрация. Оптималното лечение изисква антибиотика да притежава бактерициден ефект.

7. Продължителността на антибиотичната терапия при бактериалните менингити се съобразява с доказвания причинител, контролното ликворно изследване и трябва да бъде достатъчно дълга – минимум 7 – 10 дни, а при някои от тях (ентеробактериални, гъбични – до 20 – 30 дни).

8. При лечението на бактериалните менингити е необходимо да се съобразяваме с постоянно нарастващата през последните години резистентност на най-често срещаните причинители.

Терапията се модулира след получаване на резултатите от микробиологичните изследвания – изолиран етиологичен агент от ликвор, хемокултура, гърлен секрет, носен секрет и антибиограма.

Принципно се смята, че кръвно-ликворната проходимост на даден антибиотик може значително да се повиши, ако той се приложи в значително по-високи дози от обичайните за него. Затова при лечението на бактериални менингити се прилагат максимални дози през цялото време на лечението без да се намаляват.

Преди установяване на причинителя на бактериалния менингит се започва лечение в зависимост от възрастта на болния, предиспозирация фактор и най-вероятните при тези условия бактерии. При деца след периода на новороденото, се започва с цефалоспорин трето поколение – цефотаксим или цефтриаксон. При възрастни лица, които са били здрави до този момент: цефалоспорин III-то поколение (цефтриаксон или цефотаксим) и пеницилин. Когато се касае за нозокомиален менингит (напр. след ЧМТ или неврохирургична операция) се препоръчва комбинацията: цефалоспорин III-то поколение + ванкомицин в комбинация с аминоглюкозид (гентамицин, амикацин). Когато се касае за пациенти със снижен имунитет (напр. онкологично болни) към горната тройна комбинация е желателно да се прибави и ампицилин, с оглед много вероятната при тях инфекция с листерия моноцитогенес. При менингоенцефалити с отогенен произход, след проникващи ЧМТ и др., когато се подозира развитие на мозъчен абсцес, е желателна комбинацията: цефалоспорин III-то поколение + аминоглюкозиди + метронидазол.

9. След 48 часа при бактериалния менингит се извършва контролна лумбална пункция за контрол на ефекта от лечението. При повторно изолиране на причинителя да мисли за резистентност или смесена флора!

10. При суспекция или доказване на *Haemophilus influenzae* или *Neisseria meningitidis* като причинители на гнойни менингити лекарят трябва да даде съвети за антимикробна химиопрофилактика на контактните.

Контактни на болен с менингококов менингит – рифампицин 10 мг/кг 2 дни.

При противопоказания или непоносимост – ципрофлосацин 500-700 мг еднократно.

Контактни на болен с хемофилусен менингит - рифампицин 20 мг/кг 4 дни.

2.1. Антибиотична терапия на менингококов гноен менингит (МГМ) – лечението се провежда само в инфекциозна болница.

1. Микробиологичните изследвания показват, че все още повечето от вариантите на *Найсерия менингитидис* са чувствителни на пеницилин G. Поради това антибиотик от първа група за менингококовата инфекция продължава да е бензилпеницилина. Той се прилага при всички форми на менингококова инфекция: менингококовия назофарингит, менингококови пневмонии, менингококов сепсис, менингококови менингити, менингококови артрити, ендокардити и др. Единични са случаите на пеницилинова резистентност главно за серотипове Y, и W – 235, изолирани в някои страни в Африка и Южна Америка. Съвременното антибиотично лечение на менингококовия менингит се провежда с бензилпеницилин – 500 000 – 800 000 Е/кг/т при деца от 20 до 40 мил. Е дневно при възрастни, приложен венозно от 4 до 6 – кратни апликации. Лечението продължава 7 – 10 дни, според клиничното протичане и резултатите от ликворното изследване. Повечето автори приемат пеницилиновата монотерапия в посочените дози и продължителност за оптимална, като стартова и следваща терапия при МГМ. Напоследък не се приема провеждането на втори противорецидивен курс с ко - тримоксазол или хлорамфеникол перорално.

2. В редки случаи на установяване на пеницилино-резистентен щам се прилагат цефалоспорици III генерация: цефтриаксон натрий 80 – 100 мг/кг/т за деца и 2-3 гр. дневно при възрастни на 12 часови интервали; цефотаксим – 200 мг/кг/т за 24 часа при деца и 6 до 8 гр. дневно за възрастни.

3. Може да се прилагат хлорамфеникол венозно в доза 100 мг/кг/т при деца и 3 – 4 гр. дневно при възрастни през 12 часови интервали, но у нас този препарат липсва в аптекната мрежа.

4. Антибиотичното лечение на МГМ е задължително съчетано с патогенетична терапия за овладяване на мозъчния едем и метаболитните нарушения.

2.2. Лечение на пневмококов гноен менингит (ПГМ)

Класическото лечение на пневмококовите инфекции на ЦНС е с пеницилин в гореспоменатите дози и ампицилин 400 мг/кг/т и 12 – 16 гр. дневно за възрастни. Приложението им днес е свързано с проблема за резистентност на *Стрептококус пневмоние* към пеницилин и др. бета-лактамени антибиотици. Предполага се, че около 25% от инвазивните пневмококови инфекции са резистентни на пеницилин и около 9% - резистентни на цефотаксим. Най-приемлива е стартовата терапия с пеницилин и ампицилин в горепосочените дози и преоценка на терапията след контрол на лумбална пункция след 48 часа от началото на лечението. Може да се приложи цефотаксим 200 мг/кг/т или цефтриаксон натрий 100 – 150 мг/кг/т. Алтернатива е приложението на ванкомицин 50 – 60 мг./кг/т за 24 часа на четири приема.

Терапевтичен проблем представлява менингитът, причинен от стрептококи група В в периода на новороденото, поради високата им резистентност. При тях се препоръчва комбинацията пеницилин и ампицилин в дози 400 мг/кг/т/24ч за по - продължителен срок около 14 дни или цефалоспорици трета генерация или ванкомицин в посочените дози.

2.3. Лечение на стафилококов гноен менингит (СГМ)

Антибиотичната терапия включва широкоспектърен антибиотик с добра проникваемост на кръвно-ликворната бариера като ванкомицин в доза 60 мг/кг/т. Необходимо е лечението да продължи 14 до 20 дни. Приложение има и тейкоплавин 10мг/кг/т. Стафилококовите гноенни менингити и менингоенцефалити често оформят мозъчни абсцеси и са една от формите на генерализираната стафилококова инфекция.

2.4. Лечение на хемофилусен гноен менингит (ХГМ)

Поради полирезистентност на причинителя това е една от най-трудните за лечение невроинфекции. Антибиотик от първи ред са цефалоспорины III ген.: цефтриаксон натрий 100 – 150 мг./кг.т. за деца и 4 гр. дневно за възрастни; цефуроксим 200 мг./кг.т. за деца и 6 до 8 гр. дневно за възрастни; цефотаксим 200 мг./кг.т. за деца и 8 – 12 гр. дневно за възрастни.

При менингити, причинени от по-редки патогени – листерия моноцитогенес, най-ефективна е комбинацията ампицилин и пеницилин или меропенем - като монотерапия.

Лечението на гнойните менингити и менингоенцефалити е труден за моделиране терапевтичен процес и винаги изисква спешност и съобразяване с тежестта на заболяването и клинично-епидемичните обстоятелства.

Неспецифично лечение на бактериалните менингити и менингоенцефалити

Лечение на мозъчния оток и развитата се интракраниална хипертензия:

Започва веднага след като се постави абоката и се вземе хемокултурата

Кортикостероиди - дексаметазон (средство на избор!) - 0,15 мг/кг 4кратно за 24 часа в продължение на 2-4 дни, (при деца с туберкулозен менингит - 0,1 мг/кг на 2 приема за 24 ч.). Дексаметазонът трябва да се постави 30 минути преди или най-късно заедно с първата доза антибиотик! Така се постига оптимално потискане на имунния отговор в субарахноидното пространство.

Диуретици

Манитол - 1 гр./кг/24 ч., приложен в бързи болусни инфузии (15-20 мин.) на 4 – 6 часови интервали в постепенно намаляващи дози до 5 дни. При липса на ефект от манитола (диуреза <1 мл/кг/час) или при тежък мозъчен оток се добавя **Furosemide** 1-2 ампули венозно.

При необходимост от продължаване на осмотерапията се преминава на орален 60% разтвор на **глицерол**.

Най-доброто лечение на мозъчния оток е провеждането на **ИБВ с умерена хипервентиляция и лека хипероксия**.

Антиконвулсивно лечение при епилептични припадъци: диазепам, валпроева киселина, фенобарбитал, оксакарбазепин и др.

За профилактика на развитие на флеботромбоза и белодробна емболия – **нискомолекулни хепарини**.

Инфузии на **водносолеви, левулозни, глюкозни и аминокиселинни разтвори**, съобразно ВЕБ и възможностите или не за пълноценно ентéralно, през сонда или пер ос, хранене.

За имуномодулация при необходимост, е уместно провеждане на две инфузии през ден с човешки имуноглобулин за венозно приложение - 5 гр.

2.5. Лечение на острите вирусни менингити, менингоенцефалити и миелити

Херпес симплекс менингоенцефалит и миелит:

Като средство на избор, с което се снижава неколкостранно леталитета на това заболяване (от 80% на 20-30%), се използва **ацикловир**. Той се включва незабавно при съмнение за това заболяване в доза 10 мг/кг /8 часа (дневна доза 30 мг/кг) в продължение на 14 дни като интравенозна инфузия в 100 мл физиологичен р-р.

Херпес зостер менингоенцефалит и миелит:

Лечението се провежда както при Херпес симплекс менингоенцефалит и миелит - в по-високи дози.

Ebstein Bar менингоенцефалит и миелит:

При тежко протичащи клинични форми на заболяването може да се приложи същата схема на лечение с ацикловир.

При всички останали гореспоменати остри вирусни менингити и менингоенцефалити за съжаление на този етап не съществува етиологично лечение.

2.6. Подостри и хронични вирусни енцефалити:

При подострия склерозиращ паненцефалит би могло да се приложи лечение с инозин 50-100 мг/кг/24 ч.

Неспецифичното лечение на остри, подостри и хронични менингоенцефалити и миелити е както при острите бактериални менингити.

2.7. Лечение на остри и хронични спирохетни менингити, менингоенцефалити и енцефаломиелити.

Остър лимфоцитарен менингоенцефалит и миелит в стадий II на невроборелиоза:

Лечението се провежда с **цефтриаксон 2 гр.** за 24 ч. еднократно интравенозно в продължение на 14 дни или с **цефотаксим 3 x 2 гр.** интравенозно – също за 14 дни, или **пеницилин 4 x 5 000 000 МЕ** за 14 дни.

Хроничен енцефалит или енцефаломиелит в стадий III на невроборелиоза:

Провежда се същата схема на лечение както при острия.

Асимптомен менингит при неврулуес:

Средство на избор е пеницилин, приложен в доза 4 x 6 000 000 интравенозно в продължение на 14 дни.

2.8. Лечение на подостри и хронични микотични менингити и менингоенцефалити

Криптококус неоформанс менингоенцефалит:

За лечение се използва комбинацията: **амфотерицин В + флуцитозин**. **Амфотерицин В** се назначава след тест-доза за поносимост от 0,2 мг/кг/24 ч. в 500 мл 5% глюкоза в инфузия за 4-6 часа, като в следващите дни дозата се увеличава с 0,2 мг/кг до 1 мг/кг/24 ч. до обща курсова доза 1500-2000 мг. Флуцитозин се приема пер ос в дневна доза от 150 мг/кг в 3 или 4 дневни приема в продължение на 14-20 дни.

Кандидозен менингоенцефалит:

Прилага се комбинация **амфотерицин В + флуцитозин** както при криптококов менингит, когато се касае за имунокомпетентни болни. При имунокомпрометирани болни се прилага **флуконазол** в начална доза 400 мг дневно в продължение на 8 дни.

При **аспергилоза** се използва комбинацията **амфотерицин В + флуцитозин**, както при криптококовия менингоенцефалит.

2.9. Лечение на подостри и хронични паразитни менингоенцефалити

Цистицеркозен менингоенцефалит:

За лечението се използва **празиквантел** в дневна доза 50 мг/кг/24 ч. в продължение на 15-30 дни.

Токсоплазмен менингоенцефалит:

Лечението се провежда с **Spyramycin** 3 g дневно и комбинацията **пириметамин и сулфадиазин** съответно 25 мг и 2-4 мг дневна доза. Средната продължителност на курса на лечение е 3-4 седмици.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия	4										
Абнормна екстензия	3										
Няма отговор	2										
	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронт - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

Интерпретация на общия сбор:

- критичен прогностичен праг -7-8 точки.

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на клинични, клинико-лабораторни (вкл. ликворологични), вирусологични, микробиологични показатели и от невроизобразяващите изследвания.

За поставяне диагнозата Лаймска невроборелиоза освен определяне на специфичните антитела срещу *Borrelia burgdorferi* в серума, е необходимо и доказване на интратекална синтеза на специфични антитела (коефициент >1):

Лабораторен критерий за диагнозата лаймска невроборелиоза:

Специфични IgG в ликвора : Специфични IgG в серума >1 – говори за интратекална синтеза

Общи IgG в ликвора	Общи IgG в серума
--------------------	-------------------

При суспекция или доказване на *Haemophilus influenzae* или *Neisseria meningitidis* като причинители на гнойни менингити, лекарят трябва да даде съвети за антимикробна химиопрофилактика на контактните, като това трябва да стане възможно най-бързо след диагностицирането.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- трайна липса на фебрилитет поне 3 дни;
- липса на менингоградикулерен синдром;
- преминаване на изявената симптоматика и степенно обратно развитие;
- нормализиране на ликвора.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

От Вашия личен лекар и проведените консултации със специалист вече ви е известно, че имате сериозно заболяване на централна нервна система (ЦНС).

Това е остро възпалително заболяване, причинено от вируси или бактерии, засягащи централната нервна система, обикновено с тежко протичане и изискващо задължително лечение в болнично заведение. Възпалението засяга обвивката на мозъка (менингит), мозъчната тъкан (енцефалит) или двете едновременно (менингоенцефалит). За да се постави диагнозата, е необходимо да се направят поредица от изследвания, включително анализ на течността, в която се намира мозъка (ликворът). Тази манипулация, наречена лумбална пункция, е практически безопасна, когато се извършва от опитни специалисти.

При забавяне на лечението са възможни усложнения и прогресиране на заболяването до фатален изход. Поради това влизането Ви в специализирано инфекциозно отделение е абсолютно наложително. В отделението ще се провежда адекватно антибиотично и друг вид лечение за Вашето заболяване.

За пълнота Ви молим да прочетете описаните процедури, които предстоят да бъдат извършени във Ваш интерес:

- престоят Ви в отделението ще продължи не по-малко от 15 дни, като при наличие на усложнения ще се наложи да бъде удължен;

- ще Ви се направят необходимите кръвни, микробиологични или вирусологични изследвания, рентгеново изследване на бял дроб, ЕКГ, ако е необходимо - и скенер на главен мозък; за част от изследванията ще бъдете допълнително информирани и ще бъде искано Вашето съгласие за извършването им;

- лечението ще се извърши предимно по венозен път с необходимите лекарствени средства;

- екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой от деня на приемането до изписването Ви; във всеки момент от болничния престой имате право да се откажете от предложеното лечение, но това може да се окаже фатално за Вашето здраве;

- Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с моментната епидемиологична ситуация и с факта, че се намирате в инфекциозно отделение; по време на посещението на Вашите близки, лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние;

- при всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при взимане на всяко едно решение по отношение лечебните и диагностични процедури;

- ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, е необходимо да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 57 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ И ХРОНИЧНИ ВИРУСНИ, БАКТЕРИАЛНИ, СПИРОХЕТНИ, МИКОТИЧНИ И ПАРАЗИТНИ МЕНИНГИТИ, МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТИ И МИЕЛИТИ

КП № 57.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ И ХРОНИЧНИ ВИРУСНИ, БАКТЕРИАЛНИ, СПИРОХЕТНИ, МИКОТИЧНИ И ПАРАЗИТНИ МЕНИНГИТИ, МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТИ И МИЕЛИТИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Менингококова инфекция

A39.0† Менингококов менингит (G01*)

A39.1† Синдром на Weterhouse-Friderichsen (E35.1*)

Менингококов хеморагичен адrenaлит

Менингококов адrenaлен синдром

Ранен сифилис

A51.4 Други форми на вторичен сифилис

Вторичен(-на)(-но) сифилитичен(-на)(-но):

- възпаление на женските тазови органи† (N74.2*)
- иридоциклит† (H22.0*)
- лимфаденопатия
- менингит† (G01*)
- миозит† (M63.0*)
- офталмопатия, НКД† (H58.8*)
- периостит† (M90.1*)

Късен сифилис

A52.1 Невросифилис със симптоми

Артропатия на Charcot (M14.6*)

Късен(-на) сифилитичен(-на):

- неврит на слуховия нерв† (H94.0*)
 - енцефалит† (G05.0*)
 - менингит† (G01*)
 - атрофия на зрителния нерв† (H48.0*)
 - полиневропатия† (G63.0*)
 - ретробулбарен неврит† (H48.1*)
- Сифилитичен паркинсонизъм† (G22*)

A52.2 Асимптоматичен неврoсифилис

A52.3 Невросифилис

Гума (сифилитична)

Сифилис (късен)

Сифилома

} на централната нервна система БДУ

A69.2 Лаймска болест

Хроничен мигриращ еритем, предизвикан от *Borrelia burgdorferi*

Остър полиомиелит

- A80.0** Остър паралитичен полиомиелит, свързан с ваксина
A80.1 Остър паралитичен полиомиелит, предизвикан от внесен див вирус

Атипични вирусни инфекции на централната нервна система

Включва: prion болести на централната нервна система

- A81.1** Подостър склерозиращ паненцефалит
Енцефалит с включвания на Dawson-ови телца
Склерозиращ левкоенцефалит на Van Bogaert
- A81.2** Прогресираща многоогнищна левкоенцефалопатия
Многоогнищна левкоенцефалопатия БДУ
- A81.8** Други атипични вирусни инфекции на централната нервна система
Куру
- A81.9** Атипична вирусна инфекция на централната нервна система, неуточнена
Prion болест на централната нервна система НКД

Вирусен енцефалит, предаван от кърлежи

Включва: кърлежов вирусен менингоенцефалит

- A84.0** Далекоизточен кърлежов енцефалит [руски пролетно-летен енцефалит]
- A84.1** Централноевропейски кърлежов енцефалит
- A84.8** Други кърлежови вирусни енцефалити
Болест на Louping
Болест, предизвикана от Powassan-вирус
- A84.9** Кърлежов вирусен енцефалит, неуточнен

Други вирусни енцефалити, неклассифицирани другаде

Включва: уточнен вирусен:

- енцефаломиелит, НКД
- менингоенцефалит, НКД

Не включва: доброкачествен миелгичен енцефаломиелит (G93.3)

енцефалит, предизвикан от:

- херпес-вирус [herpes simplex] (B00.4)
 - морбили-вирус (B05.0)
 - вирус на епидемичния паротит (B26.2)
 - полиомиелитен вирус (A80.—)
 - зостер-вирус (B02.0)
- лимфоцитарен хориоменингит (A87.2)

- A85.2** Вирусен енцефалит, предаван от членестоноги, неуточнен
- A85.8** Други уточнени вирусни енцефалити
Летаргичен енцефалит
Болест на Economo-Cruchet

A86 Вирусен енцефалит, неуточнен

Вирусен:

- енцефаломиелит БДУ
- менингоенцефалит БДУ

Вирусен менингит

Не включва: менингит, предизвикан от:

- херпес-вирус [herpes simplex] (B00.3)
- морбили-вирус (B05.1)
- вирус на епидемичния паротит (B26.1)
- полиомиелитен вирус (A80.—)
- зостер-вирус (B02.1)

A87.0† Ентеровирусен менингит (G02.0*)

Коксакивирусен менингит

Еховирусен менингит

A87.1† Аденовирусен менингит (G02.0*)

A87.2 Лимфоцитарен хориоменингит
Лимфоцитарен менингоенцефалит

A87.8 Друг вирусен менингит

Херпес-вирусни [herpes simplex] инфекции

Не включва: аногенитална херпес-вирусна инфекция (A60.—)
вродена херпес-вирусна инфекция (P35.2)
гама-херпес-вирусна мононуклеоза (B27.0)
херпангина (B08.5)

B00.3† Херпес-вирусен менингит (G02.0*)

B00.4† Херпес-вирусен енцефалит (G05.1*)

Херпес-вирусен менингоенцефалит
Маймунска болест В

Херпес зостер [herpes zoster]

Включва: херпес зостер
zona

B02.1† Херпес зостер с менингит (G02.0*)

B02.2† Херпес зостер с други усложнения на нервната система

Постхерпесен(-на):

- ганглионит на лицевия нерв (G53.0*)
- полиневропатия (G63.0*)
- невралгия на троичния нерв (G53.0*)

Брусница

Включва: morbilli

Не включва: подостър склерозиращ паненцефалит (A81.1)

B05.0† Брусница, усложнена с енцефалит (G05.1*)

Постморбилиозен енцефалит

B05.1† Брусница, усложнена с менингит (G02.0*)

Постморбилиозен менингит

Епидемичен паротит

Включва: паротит:

- епидемичен
- инфекциозен

B26.1† Паротитен менингит (G02.0*)

B26.2† Паротитен енцефалит (G05.1*)

Кандидоза

Включва: кандидоза
монилиаза

Не включва: неонатална кандидоза (P37.5)

B37.5† Кандидозен менингит (G02.1*)

Кокцидиомикоза

B38.4† Кокцидиомикозен менингит (G 02.1*)

Криптококоза

B45.1 Церебрална криптококоза

Криптококов менингит (G02.1*)

Менингоцеребрална криптококоза

Токсоплазмоза

Включва: инфекция, предизвикана от *Toxoplasma gondii*

Не включва: вродена токсоплазмоза (P37.1)

B58.2† Токсоплазмозен менингоенцефалит (G05.2*)

Цистицеркоза

Включва: цистицеркоза, предизвикана от личинковата форма на свинската тения *Taenia solium*

B69.0 Цистицеркоза на централната нервна система

Бактериален менингит, некласифициран другаде

Включва: арахноидит
лептоменингит
менингит
пахименингит } бактериален

Не включва: бактериален:

- менингоенцефалит (G04.2)
- менингомиелит (G04.2)

G00.0 Хемофилен менингит

Менингит, предизвикан от *Haemophilus influenzae*

G00.1 Пневмококов менингит

G00.2 Стрептококов менингит

G00.3 Стафилококов менингит

G00.8 Менингит, предизвикан от други бактерии

Менингит от:

- бацила на Friedlander
- *Escherichia coli*
- *Klebsiella*

G00.9 Бактериален менингит, неуточнен

Менингит:

- гноен БДУ
- пиогенен БДУ
- супуративен БДУ

G01* Менингит при бактериални болести, класифицирани другаде

Менингит (при):

- антракс (A22.8†)
- гонококов (A54.8†)
- лептоспироза (A27.—†)
- листериоза (A32.1†)
- Лаймска болест (A69.2†)
- менингококов (A39.0†)
- невросифилис (A52.1†)
- салмонелоза (A02.2†)
- сифилис:
 - вроден (A50.4†)
 - вторичен (A51.4†)
- туберкулоза (A17.0†)
- тифоидна треска (A01.0†)

Не включва: менингоенцефалит и менингомиелит при бактериални болести, класифицирани другаде (G05.0*)

Менингит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Не включва: менингоенцефалит и менингомиелит при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде (G05.1—G05.2*)

G02.0* Менингит при вирусни болести, класифицирани другаде

Менингит (предизвикан от):

- аденовирусен (A87.1†)
- ентеровирусен (A87.0†)

- herpes simplex (B00.3†)
- инфекциозна моноклеоза (B27.—†)
- морбили (B05.1†)
- епидемичен паротит (B26.1†)
- рубеола (B06.0†)
- варицела (B01.0†)
- herpes zoster (B02.1†)

G02.1* Менингит при микози

Менингит (при):

- кандидозен (B37.5†)
- кокцидиомикоза (B38.4†)
- криптококов (B45.1†)

G02.8* Менингит при други уточнени инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Менингит при:

- африканска трипанозома (B56.—†)
- болест на Chagas (B57.4†)

Менингит, дължащ се на други и неуточнени причини

Включва: арахноидит
 лептоменингит
 менингит
 пахименингит

} вследствие на други
 и неуточнени причини

Не включва: менингоенцефалит (G04.—)
 менингомиелит (G04.—)

G03.0 Непиогенен менингит

Небактериален менингит

G03.8 Менингит, предизвикан от други уточнени причинители

Енцефалит, миелит и енцефаломиелит

Включва: остър възходящ миелит
 менингоенцефалит
 менингомиелит

Не включва: доброкачествен миалгичен енцефалит (G93.3)

енцефалопатия:

- БДУ (G93.4)
- алкохолна (G31.2)
- токсична (G92)

множествена склероза (G35)

миелит:

- остър трансверзален (G37.3)
- подостър некротизиращ (G37.4)

G04.2 Бактериален менингоенцефалит и менингомиелит, неклассифицирани другаде

G04.8 Други енцефалити, миелити и енцефаломиелити

Постинфекциозен енцефалит и енцефаломиелит БДУ

Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при болести, класифицирани другаде

Включва: менингоенцефалит и менингомиелит при болести, класифицирани
 другаде

G05.0* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при бактериални болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит (при):

- листериоза (A32.1†)
- менингококов (A39.8†)
- сифилис:
 - вроден (A50.4†)
 - късен (A52.1†)
- туберкулозен (A17.8†)

G05.1* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при вирусни болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит (при):

- аденовирусни (A85.1†)
- цитомегаловирусни (B25.8†)
- ентеровирусни (A85.0†)
- herpes simplex (B00.4†)
- грип (J10.8†, J11.8†)
- морбили (B05.0†)
- епидемичен паротит (B26.2†)
- след варицела (B01.1†)
- рубеола (B06.0†)
- herpes zoster (B02.0†)

G05.2* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит при:

- африканска трипанозомоза (B56.—†)
- болест на Chagas (хронична форма) (B57.4†)
- менингит, предизвикан от свободно живеещи амеби (naegleria) (B60.2†)
- токсоплазмоза (B58.2†)

Еозинофилен менингоенцефалит (B83.2†)

Увреждания на черепномозъчни нерви при болести, класифицирани другаде

G53.0* Невралгия след herpes zoster (B02.2†)

Постхерпетично(-а):

- възпаление на ganglion geniculi
- невралгия на троичния нерв

Полиневропатии при болести, класифицирани другаде

G63.0* Полиневропатия при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Полиневропатия при:

- дифтерия (A36.8†)
- инфекциозна мононуклеоза (B27.—†)
- проказа (A30.—†)
- Лаймска болест (A69.2†)
- епидемичен паротит (B26.8†)
- herpes zoster (B02.2†)
- късен сифилис (A52.1†)
- вроден сифилис (A50.4†)
- туберкулоза (A17.8†)

G93.4 Енцефалопатия, остра вирусна

Не включва: енцефалопатия:

- алкохолна (G31.2)
- токсична (G92)

Грип, предизвикан от идентифициран вирус на грипа

Не включва: предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*]:

- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J10.8 Грип с други прояви, идентифициран грипен вирус

Енцефалопатия, причинена от грип

Грипен:

- гастроентерит
- миокардит (остър)

} идентифициран грипен вирус

Грип, неидентифициран вирус	
Включва:	грип } без споменаване за иден- вирусен грип } тифициране на вируса
Не включва:	предизвикани от <i>Haemophilus influenzae</i> [<i>H.influenzae</i>]: <ul style="list-style-type: none"> • инфекция БДУ (A49.2) • менингит (G00.0) • пневмония (J14)
J11.8	Грип с други прояви, неидентифициран вирус
	Енцефалопатия, причинена от грип } неуточнени Грипен: } или вирусът не е <ul style="list-style-type: none"> • гастроентерит • миокардит (остър)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1925 Паразитологични изследвания

92182-03 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за паразитология

1933	Химико-токсикологични изследвания
92182-04	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за токсикология
1934	Други лабораторни изследвания
92182-05	Друго микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор Определяне на специфични IgG антитела срещу <i>Borrelia burgdorferi</i> в ликвора Определяна на общи IgG в ликвора
1926	Микробиологични изследвания
91929-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за бактериална намазка
91929-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
1925	Паразитологични изследвания
91929-03	Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за паразитология
1933	Химико-токсикологични изследвания
91929-04	Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за токсикология
1934	Други лабораторни изследвания
91939-03	Друго микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс <i>Включва:</i> изследване на назофарингеален секрет при грип
1926	Микробиологични изследвания
91937-00	Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
91937-01	Микроскопско изследване на кръв за култура
91937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1925	Паразитологични изследвания
91937-03	Микроскопско изследване на кръв за паразитология <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
1933	Химико-токсикологични изследвания
91937-04	Микроскопско изследване на кръв за токсикология
1926	Микробиологични изследвания
91919-03	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за бактериална намазка
91919-04	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност

1925	Паразитологични изследвания
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология
1933	Химико-токсикологични изследвания
91919-07	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за токсикология
1927	Морфологични изследвания
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
1926	Микробиологични изследвания
91932-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за бактериална намазка
91932-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за култура
91920-02	Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура антибиограма
1925	Паразитологични изследвания
91932-03	Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за паразитология
1933	Химико-токсикологични изследвания
91932-04	Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за токсикология
1934	Други лабораторни изследвания
91939-10	Друго микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма
1929	Вирусологични изследвания
91911-29	Други серологични изследвания
1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-08	Изследване на време на кръвене
91913-04	Изследване на време на съсирване
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АПАТ
1858	Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Вентилаторно подпомагане	
<p>Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия</p> <p>Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия</p> <p>Променлива задължителна вентилация [IMV]</p> <p>Инвазивна вентилация</p> <p>Механична вентилация</p> <p>Налягане с позитивен експираторен край</p> <p>Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]</p> <p>Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]</p> <p><i>Включва:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ендотрахеална: <ul style="list-style-type: none"> • интубация • асистирано дишане механична вентилация с: <ul style="list-style-type: none"> • ендотрахеална тръба (ETT) • назална • орална • трахеостомия <p>отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • трахеостомия: • перкутанна (41880-00 [536]) • постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536]) <p><i>Не включва:</i> продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])</p> <p>дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])</p> <p>вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])</p> <p>неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])</p>	
13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа
Приложение на фармакотерапия	
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект	

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
 - фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
- хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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, противоифекциозен 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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (едната от които е 39000-00) и две основни терапевтични процедури (от които задължително едната е 96199-07), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924 и 1858 се извършват и кодират всички кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За диагнози с код B26.1 „Паротитен менингит“, B26.2 „Паротитен енцефалит“, код J10.8 „Грип с други прояви, идентифициран вирус /енцефалопатия, причинена от грип/“ и код J11.8 „Грип с други прояви, неидентифициран вирус /енцефалопатия, причинена от грип/“, при клинично-серологично потвърждение, извършването на процедура с код 39000-00 (лумбална пункция) не е задължително. В тези случаи клиничната пътека се отчита с три основни диагностични и две основни терапевтични процедури (от които задължително едната е 96199-07), посочени в блок **Кодове на основни процедури**.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;

- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нервни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" (за новородени до 28 ден), от обхвата на медицинската специалност "Детска неврология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести" (за лица до 18 години).

1. 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. Инфекциозна клиника/отделение или Клиника/отделение по детска неврология, с възможност за изолация - при неясни болни до изясняване или Неонатологична клиника/отделение (II и III ниво) – само при новородени до 28 ден
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или легла за интензивно лечение на инфекциозни заболявания към клиника/отделение по инфекциозни болести, с възможност за изолация при неясни болни до изясняване или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория* II ниво, с възможност за ликворологично изследване и КГА

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия

2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести - един с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Инфекциозни болести”,

или

лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”

или

лекар със специалност по детска неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

или

лекар с призната специалност по инфекциозни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение.

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар със специалност по неонатология;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

При наличие на усложнения или прогноза за неблагоприятен изход от заболяването следва да се осигури консултация с лекар-специалист по инфекциозни болести (за неврологични структури) или с лекар-специалист по нервни болести (за структури по инфекциозни болести).

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

4.2. Паразитологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ в инфекционна клиника/отделение, неврологична клиника/ отделение или КАИЛ/ОАИЛ:

Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при пациенти с комбинация от три или повече от следните симптоми:

- тежък токсико-инфекциозен синдром;
- синдром на менингоградикулерно дразнене;
- ликворен синдром;
- количествени нарушения в съзнанието;
- огнищна неврологична симптоматика;
- гърчова симптоматика, предшествана от токсикоинфекциозен синдром;
- наличие на хеморагично-некротичен обрив по кожата;
- шоково състояние.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 12 часа след началото на хоспитализацията. Спинална пункция се извършва до 12 часа от началото на хоспитализацията. **При превеждане на пациенти от друго лечебно заведение с извършена лумбална пункция и приложен документ се зачита този резултат.**

Бактериални менингити (БМ) и бактериални менингоенцефалити (БМЕ) са винаги спешен диагностично-терапевтичен проблем, който не търпи отлагане по отношение на лекарска намеса.

Понастоящем диагнозите бактериален менингит и менингоенцефалит се поставят по стандартна методика и по възможно най-бързия начин в хода на заболяването.

Основни принципи на антибактериално лечение на БМ и БМЕ:

1. Антибактериалната терапия трябва да започне максимално рано, веднага след поставяне на диагнозата.

2. Антибактериалната терапия започва непосредствено след направена лумбална пункция и се базира на качествено изследване на ликвора - бактериоскопия, латекс-аглутинация и посевка за културелно изолиране на причинителя. Преди започване на лечението задължително се взема кръв за хемокултура.

Ако извършването на лумбалната пункция се забави поради провеждане на КАТ, антибактериалната терапия започва веднага след вземане на хемокултурата.

3. Най-правилно е антибактериалната терапия да се провежда съобразно данните от антибиограмата на изолирания причинител. За това е необходимо изчакване на резултатите от антибиограмата около 48 до 72 часа, през което време задължително се започва с т. нар. стартова терапия и след получаване на резултатите от микробиологичното изследване терапевтичното поведение се преоценява.

4. Стартовата (емпирична) терапия се започва след внимателна оценка от страна на лекуващия лекар и се съобразява с клинично-епидемиологичните данни, вероятния причинител на гнойния менингит във връзка с възрастовия фактор и здравния статус на пациента.

5. Изключително важно значение при определяне на най-подходящия антибиотик за стартова терапия е познаването на кръвно-ликворната проницаемост на най-използваните антимикробни средства. В това отношение фармакологията разделя антибиотиците на четири основни групи:

Фармакокинетиката разделя антибиотичните средства на четири групи:

I група	С добра кръвно-ликворна проходимост с или без наличие на възпалени менинги: хлорамфеникол, рифампицини, цефалоспорици – трета ген., сулфонамиди.
II група	С добра кръвно-ликворна проходимост, но при наличие на възпалителен процес на менингите: амикацин, гентамицин, пеницилин, ампицилин, ванкомицин.
III група	Минимална ликворна проходимост при наличие на възпалителен процес на менингите: стрептомицин, еритромицин, кетоназол.
IV група	Липсваща кръвно-ликворна проходимост независимо от възпалителен процес на менингите: линкомицин, клиндамицин, антимикотични полиенови антибиотици (амфотерицин В)

6. При лечение на гноините менингити антибиотичните средства се прилагат само парентерално, основно – венозно с цел постигане на бърза и достатъчно висока ликворна концентрация. Оптималното лечение изисква антибиотика да притежава бактерициден ефект.

7. Продължителността на антибиотичната терапия при бактериалните менингити се съобразява с доказаната причинител, контролното ликворно изследване и трябва да бъде достатъчно дълга – минимум 7 – 10 дни, а при някои от тях (ентеробактериални, гъбични – до 20 – 30 дни).

8. При лечението на бактериалните менингити е необходимо да се съобразяваме с постоянно нарастващата през последните години резистентност на най-често срещаните причинители.

Терапията се модулира след получаване на резултатите от микробиологичните изследвания – изолиран етиологичен агент от ликвор, хемокултура, гърлен секрет, носен секрет и антибиограма.

Принципно се смята, че кръвно-ликворната проходимост на даден антибиотик може значително да се повиши, ако той се приложи в значително по-високи дози от обичайните за него. Затова при лечението на бактериални менингити се прилагат максимални дози през цялото време на лечението без да се намаляват.

Преди установяване на причинителя на бактериалния менингит се започва лечение в зависимост от възрастта на болния, предиспониращия фактор и най-вероятните при тези условия бактерии. При деца след периода на новороденото, се започва с цефалоспорин трето поколение – цефотаксим или цефтриаксон. При възрастни лица, които са били здрави до този момент: цефалоспорин III-то поколение (цефтриаксон или цефотаксим) и пеницилин. Когато се касае за нозокомиален менингит (напр. след ЧМТ или неврохирургична операция) се препоръчва комбинацията: цефалоспорин III-то поколение + ванкомицин в комбинация с аминоглюкозид (гентамицин, амикацин). Когато се касае за пациенти със снижен имунитет (напр. онкологично болни) към горната тройна комбинация е желателно да се прибави и ампицилин, с оглед много вероятната при тях инфекция с листерия моноцитогенес. При менингоенцефалити с отогенен произход, след проникващи ЧМТ и др., когато се подозира развитие на мозъчен абсцес, е желателна комбинацията: цефалоспорин III-то поколение + аминоглюкозиди + метронидазол.

9. След 48 часа при бактериалния менингит се извършва контролна лумбална пункция за контрол на ефекта от лечението. При повторно изолиране на причинителя да мисли за резистентност или смесена флора!

10. При суспекция или доказване на *Haemophilus influenzae* или *Neisseria meningitidis* като причинители на гнойни менингити лекарят трябва да даде съвети за антимикробна химиопрофилактика на контактните.

Контактни на болен с менингококов менингит – рифампицин 10 мг/кг 2 дни.

При противопоказания или непоносимост – ципрофлосацин 500-700 мг еднократно.

Контактни на болен с хемофилусен менингит - рифампицин 20 мг/кг 4 дни.

2.1. Антибиотична терапия на менингококов гноен менингит (МГМ) – лечението се провежда само в инфекциозна болница.

1. Микробиологичните изследвания показват, че все още повечето от вариантите на *Найсерия менингитидис* са чувствителни на пеницилин G . Поради това антибиотик от първа група за менингококовата инфекция продължава да е бензилпеницилина. Той се прилага при всички форми на менингококова инфекция: менингококовия назофарингит, менингококови пневмонии, менингококов сепсис, менингококови менингити, менингококови артрити, ендокардити и др. Единични са случаите на пеницилинова резистентност главно за серотипове Y, и W – 235, изолирани в някои страни в Африка и Южна Америка. Съвременното антибиотично лечение на менингококовия менингит се провежда с бензилпеницилин – 500 000 – 800 000 Е/кг/т при деца от 20 до 40 мил. Е дневно при възрастни, приложен венозно от 4 до 6 – кратни апликации. Лечението продължава 7 – 10 дни, според клиничното протичане и резултатите от ликворното изследване. Повечето автори приемат пеницилиновата монотерапия в посочените дози и продължителност за оптимална, като стартова и следваща терапия при МГМ. Напоследък не се приема провеждането на втори противорецидивен курс с ко – тримоксазол или хлорамфеникол перорално.

2. В редки случаи на установяване на пеницилино-резистентен щам се прилагат цефалоспорици III генерация: цефтриаксон натрий 80 – 100 мг/кг/т за деца и 2-3 гр. дневно при възрастни на 12 часови интервали; цефотаксим – 200 мг/кг/т за 24 часа при деца и 6 до 8 гр. дневно за възрастни.

3. Може да се прилагат хлорамфеникол венозно в доза 100 мг/кг/т при деца и 3 – 4 гр. дневно при възрастни през 12 часови интервали, но у нас този препарат липсва в аптечната мрежа.

4. Антибиотичното лечение на МГМ е задължително съчетано с патогенетична терапия за овладяване на мозъчния едем и метаболитните нарушения.

2.2. Лечение на пневмококов гноен менингит (ПГМ)

Класическото лечение на пневмококовите инфекции на ЦНС е с пеницилин в гореспоменатите дози и ампицилин 400 мг/кг/т и 12 – 16 гр. дневно за възрастни. Приложението им днес е свързано с проблема за резистентност на *Стрептококус пневмоние* към пеницилин и др. бета-лактамени антибиотици. Предполага се, че около 25% от инвазивните пневмококови инфекции са резистентни на пеницилин и около 9% - резистентни на цефотаксим. Най-приемлива е стартовата терапия с пеницилин и ампицилин в горепосочените дози и преоценка на терапията след контрол на лумбална пункция след 48 часа от началото на лечението. Може да се приложи цефотаксим 200 мг/кг/т или цефтриаксон натрий 100 – 150 мг/кг/т. Алтернатива е приложението на ванкомицин 50 – 60 мг./кг/т за 24 часа на четири приема.

Терапевтичен проблем представлява менингитът, причинен от стрептококи група В периода на новороденото поради високата им резистентност. При тях се препоръчва комбинацията пеницилин и ампицилин в дози 400 мг/кг/т/24ч за по - продължителен срок около 14 дни или цефалоспорици трета генерация или ванкомицин в посочените дози.

2.3. Лечение на стафилококов гноен менингит (СГМ)

Антибиотичната терапия включва широкоспектърен антибиотик с добра проникваемост на кръвно-ликворната бариера като ванкомицин в доза 60 мг/кг/т. Необходимо е лечението да продължи 14 до 20 дни. Приложение има и тейкопланин 10мг/кг/т. Стафилококовите гнойни менингити и менингоенцефалити често оформят мозъчни абсцеси и са една от формите на генерализираната стафилококова инфекция.

2.4. Лечение на хемофилусен гноен менингит (ХГМ)

Поради полирезистентност на причинителя това е една от най-трудните за лечение невроинфекции. Антибиотик от първи ред са цефалоспорици III ген.: цефтриаксон натрий 100 – 150 мг./кг.т. за деца и 4 гр. дневно за възрастни; цефуросин 200 мг./кг.т. за деца и 6 до 8 гр. дневно за възрастни; цефотаксим 200 мг/кг.т. за деца и 8 – 12 гр. дневно за възрастни.

При менингити, причинени от по - редки патогени – листерия моноцитогенес, най-ефективна е комбинацията ампицилин и пеницилин или меропенем - като монотерапия.

Лечението на гнойните менингити и менингоенцефалити е труден за моделиране терапевтичен процес и винаги изисква спешност и съобразяване с тежестта на заболяването и клинично-епидемичните обстоятелства.

Неспецифично лечение на бактериалните менингити и менингоенцефалити

Лечение на мозъчния оток и развитата се интракраниална хипертензия:

Започва веднага след като се постави абоката и се вземе хемокултурата

Кортикостероиди - дексаметазон (средство на избор!) - 0,15 мг/кг 4кратно за 24 часа в продължение на 2-4 дни, (при деца с туберкулозен менингит - 0,1 мг/кг на 2 приема за 24 ч.). Дексаметазонът трябва да се постави 30 минути преди или най-късно заедно с първата доза антибиотик! Така се постига оптимално потискане на имунния отговор в субарахноидното пространство.

Диуретици

Манитол - 1 гр./кг/24 ч., приложен в бързи болусни инфузии (15-20 мин.) на 4 – 6 часови интервали в постепенно намаляващи дози до 5 дни. При липса на ефект от манитола (диуреза < 1мл/кг/час) или при тежък мозъчен оток се добавя **фуросемид** 1-2 ампули венозно.

При необходимост от продължаване на осмотерапията се преминава на орален 60% разтвор на **глицерол**.

Най-доброто лечение на мозъчния оток е провеждането на **ИБВ с умерена хипервентилация и лека хипероксия**.

Антиконвулсивно лечение при епилептични припадъци: диазепам, валпроева киселина, фенобарбитал, оксакарбазепин и др.

За профилактика на развитие на флеботромбоза и белодробна емболия – **нискомолекулни хепарини**.

Инфузии на **водносолеви, левулозни, глюкозни и аминокиселинни разтвори**, съобразно ВЕБ и възможностите или не за пълноценно ентeрално, през сонда или пер ос, хранене.

За имуномодулация при необходимост, е уместно провеждане на две инфузии през ден с човешки имуноглобулин за венозно приложение - 5 гр.

2.5. Лечение на острите вирусни менингити, менингоенцефалити и миелити

Херпес симплекс менингоенцефалит и миелит:

Като средство на избор, с което се снижава неколкoкратно леталитета на това заболяване (от 80% на 20-30%), се използва **ацикловир**. Той се включва незабавно при съмнение за това заболяване в доза 10 мг/кг /8 часа (дневна доза 30 мг/кг) в продължение на 14 дни като интравенозна инфузия в 100 мл физиологичен р-р.

Херпес зостер менингоенцефалит и миелит:

Лечението се провежда както при Херпес симплекс менингоенцефалит и миелит - в по-високи дози.

Ebstein Bar менингоенцефалит и миелит:

При тежко протичащи клинични форми на заболяването може да се приложи същата схема на лечение с ацикловир.

При всички останали гореспоменати остри вирусни менингити и менингоенцефалити за съжаление на този етап не съществува етиологично лечение.

2.6. Подостри и хронични вирусни енцефалити:

При подострия склерозиращ паненцефалит би могло да се приложи лечение с инозин 50-100 мг/кг/24 ч.

Неспецифичното лечение на остри, подостри и хронични менингоенцефалити и миелити е както при острите бактериални менингити.

2.7. Лечение на остри и хронични спирохетни менингити, менингоенцефалити и енцефаломиелиити.

Остър лимфоцитарен менингоенцефалит и миелит в стадий II на невроборелиоза:

Лечението се провежда с **цефтриаксон 2 гр.** за 24 ч. еднократно интравенозно в продължение на 14 дни или с **цефотаксим 3 x 2 гр.** интравенозно – също за 14 дни, или **пеницилин 4 x 5 000 000 МЕ** за 14 дни.

Хроничен енцефалит или енцефаломиелит в стадий III на невроборелиоза:

Провежда се същата схема на лечение както при острия.

Асимптомен менингит при неврулуес:

Средство на избор е пеницилин, приложен в доза 4 x 6 000 000 интравенозно в продължение на 14 дни.

2.8. Лечение на подостри и хронични микотични менингити и менингоенцефалити

Криптококус неоформанс менингоенцефалит:

За лечение се използва комбинацията: **амфотерицин В + флуцитозин**. **Амфотерицин В** се назначава след тест-доза за поносимост от 0,2 мг/кг/24 ч. в 500 мл 5% глюкоза в инфузия за 4-6 часа, като в следващите дни дозата се увеличава с 0,2 мг/кг до 1 мг/кг/24 ч. до обща курсова доза 1500-2000 мг. Флуцитозин се приема пер ос в дневна доза от 150 мг/кг в 3 или 4 дневни приема в продължение на 14-20 дни.

Кандидозен менингоенцефалит:

Прилага се комбинация **амфотерицин В + флуцитозин** както при криптококов менингит, когато се касае за имунокомпетентни болни. При имунокомпрометирани болни се прилага **флуконазол** в начална доза 400 мг дневно в продължение на 8 дни.

При **аспергилоза** се използва комбинацията **амфотерицин В + флуцитозин**, както при криптококовия менингоенцефалит.

2.9. Лечение на подостри и хронични паразитни менингоенцефалити

Цистицеркозен менингоенцефалит:

За лечението се използва **празиквантел** в дневна доза 50 мг/кг/24 ч. в продължение на 15-30 дни.

Токсоплазмен менингоенцефалит:

Лечението се провежда с **Spyramycin 3 g** дневно и комбинацията **пириметамин и сулфадиазин** съответно 25 мг и 2-4 мг дневна доза. Средната продължителност на курса на лечение е 3-4 седмици.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия	4										
	3										
Абнормна екстензия	2										
Няма отговор	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронт - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

Интерпретация на общия сбор:

- критичен прогностичен праг - 7-8 точки.

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на клинични, клинико-лабораторни (вкл. ликворологични), вирусологични, микробиологични показатели и от невроизобразяващите изследвания.

За поставяне диагнозата Лаймска невроборелиоза освен определяне на специфичните антитела срещу *Borrelia burgdorferi* в серума, е необходимо и доказване на интратекална синтеза на специфични антитела (коэффициент >1):

Лабораторен критерий за диагнозата лаймска невроборелиоза:

Специфични IgG в ликвора : Специфични IgG в серума >1 – говори за интратекална синтеза

Общи IgG в ликвора

Общи IgG в серума

При суспекция или доказване на *Haemophilus influenzae* или *Neisseria meningitidis* като причинители на гнойни менингити, лекарят трябва да даде съвети за антимикробна химиопрофилактика на контактните, като това трябва да стане възможно най-бързо след диагностицирането.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- трайна липса на фебрилитет поне 3 дни;
- липса на менингоградикулерен синдром;
- преминаване на изявената симптоматика и степенно обратно развитие;
- нормализиране на ликвора.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

От Вашия личен лекар и проведените консултации със специалист вече ви е известно, че имате сериозно заболяване на централна нервна система (ЦНС).

Това е остро възпалително заболяване, причинено от вируси или бактерии, засягащи централната нервна система, обикновено с тежко протичане и изискващо задължително лечение в болнично заведение. Възпалението засяга обвивката на мозъка (менингит), мозъчната тъкан (енцефалит) или двете едновременно (менингоенцефалит). За да се постави диагнозата, е необходимо да се направят поредица от изследвания, включително анализ на течността, в която се намира мозъка (ликворът). Тази манипулация, наречена лумбална пункция, е практически безопасна, когато се извършва от опитни специалисти.

При забавяне на лечението са възможни усложнения и прогресиране на заболяването до фатален изход. Поради това влизането Ви в специализирано инфекциозно отделение е абсолютно наложително. В отделението ще се провежда адекватно антибиотично и друг вид лечение за Вашето заболяване.

За пълнота Ви молим да прочетете описаните процедури, които предстоят да бъдат извършени във Ваш интерес:

- престоят Ви в отделението ще продължи не по-малко от 15 дни, като при наличие на усложнения ще се наложи да бъде удължен;

- ще Ви се направят необходимите кръвни, микробиологични или вирусологични изследвания, рентгеново изследване на бял дроб, ЕКГ, ако е необходимо - и скенер на главен мозък; за част от изследванията ще бъдете допълнително информирани и ще бъде искано Вашето съгласие за извършването им;

- лечението ще се извърши предимно по венозен път с необходимите лекарствени средства;

- екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой от деня на приемането до изписването Ви; във всеки момент от болничния престой имате право да се откажете от предложеното лечение, но това може да се окаже фатално за Вашето здраве;

- Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с моментната епидемиологична ситуация и с факта, че се намирате в инфекциозно отделение; по време на посещението на Вашите близки, лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние;

- при всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при взимане на всяко едно решение по отношение лечебните и диагностични процедури;

- ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, е необходимо да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

**КП № 58 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕНИ И
ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА,
ЗАСЯГАЩИ ЦНС С НАЧАЛО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ**

**КП № 58.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕНИ И
ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА,
ЗАСЯГАЩИ ЦНС С НАЧАЛО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ ПРИ ЛИЦА
НАД 18 ГОДИНИ**

Минимален болничен престой - 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

- E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини**
Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

- Не включва:** муколипидоза, тип I-III (E77.0—E77.1)
болест на Refsum (G60.1)

- E75.2 Други сфинголипидози**
Болест на:
• Fabry(-Anderson)
• Gaucher
• Krabbe
• Niemann-Pick
Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

- E75.4 Липофусциноза на невроните**
Болест на:
• Batten
• Bielschowsky-Jansky
• Kufs
• Spielmeyer-Vogt

- E83.0 Разстройства на обмяната на медта**
Болест на Wilson

Лека умствена изостаналост

- F70.0 Лека умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението**
Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

- F70.1 Лека умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение**

	<p>Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.</p> <p>Включва: слабоумие лека умствена недостатъчност</p>
F70.8	<p>Лека умствена изостаналост, друго нарушение на поведението</p> <p>Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.</p> <p>Включва: слабоумие лека умствена недостатъчност</p>
<u>Умерена умствена изостаналост</u>	
F71.0	<p>Умерена умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението</p> <p>Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.</p> <p>Включва: умерена умствена недостатъчност</p>
F71.1	<p>Умерена умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение</p> <p>Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.</p> <p>Включва: умерена умствена недостатъчност</p>
F71.8	<p>Умерена умствена изостаналост, друго нарушение на поведението</p> <p>Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.</p> <p>Включва: умерена умствена недостатъчност</p>
<u>Тежка умствена изостаналост</u>	
F72.0	<p>Тежка умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението</p> <p>Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.</p> <p>Включва: тежка умствена недостатъчност</p>
F72.1	<p>Тежка умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение</p> <p>Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.</p> <p>Включва: тежка умствена недостатъчност</p>
F72.8	<p>Тежка умствена изостаналост, друго нарушение на поведението</p> <p>Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.</p> <p>Включва: тежка умствена недостатъчност</p>

Дълбока умствена изостаналост

F73.0 Дълбока умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

F73.1 Дълбока умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

F73.8 Дълбока умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

Специфични разстройства в развитието на речта и езика

F80.3 Придобита афазия с епилепсия [синдром на Landau-Kleffner]

Разстройство, при което детето, след първоначално нормално развитие на езика, загубва както рецептивните, така и експресивните си речеви умения, но запазва общия си интелект. Началото на разстройството е съпроводено с пароксизмална ЕЕГ активност и в повечето от случаите — и с епилептични припадъци. Началото обикновено е между три- и седемгодишна възраст, като загубата на умения настъпва за няколко дни или седмици. Връзката във времето между появата на припадъците и загубата на езика е твърде променлива, като едното може да предхожда другото в разстояние на няколко месеца до две години. Като възможна причина за появата на това разстройство се предполага възпалителен процес в главния мозък. Около две-трети от пациентите остават с по-силно или по-слабо изразен сериозен дефицит в рецептивната реч.

F82 Специфични разстройства в развитието на двигателната функция

Разстройство, при което отличителният признак е сериозно нарушение в развитието на двигателната координация, което не може да се обясни само с общо умствено изоставане или с някакво специфично вродено или придобито неврологично разстройство. Независимо от това, в повечето случаи внимателното клинично изследване показва подчертана незрялост в развитието на нервната система като хореоформни движения на крайниците или огледални движения и други асоциирани двигателни особености, както и белези на лоша фина и обща двигателна координация.

Синдром на детска тромавост

Свързано(-а) с развитието:

- разстройство на координацията
- диспраксия

Не включва: абнормности в походката или подвижността (R26.—)

липса на координация (R27.0)

- като резултат от умствена изостаналост (F70—F79)

F83 Смесени специфични разстройства в психологичното развитие

Остатъчна категория от разстройства, при която е налице смесица от специфични разстройства на речта и езика или на училищните умения и двигателната функция, но нито едно от тези разстройства не преобладава достатъчно над останалите, за да обоснове основната диагноза. Тази смесена категория следва да се използва, само когато има голямо припокриване между всички тези специфични разстройства в развитието. Тези разстройства се свързват обикновено с известна степен на общо нарушение на когнитивните функции, но това не винаги се наблюдава. Ето защо, тази

рубрика следва да се използва в случаите, когато са налице дисфункции, отговарящи на диагностичните критерии за две или повече рубрики от: F80.—, F81.— и F82.

Наследствена атаксия

Не включва: наследствена и идиопатична невропатия (G60.—)
детска церебрална парализа (G80.—)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)

G11.1 Ранна малкомозъчна атаксия

Забележка: Започва обикновено преди 20-годишна възраст.

Ранна малкомозъчна атаксия с:

- есенциален тремор
- миоклонии [атаксия на Hunt]
- запазени сухожилни рефлексии

Атаксия на Friedreich (автозомно-рецесивна)

X-свързана рецесивна спиноцеребеларна атаксия

G11.3 Малкомозъчна атаксия с нарушение във възстановяването на ДНК

Атаксия - телеангиектазия [синдром на Louis-Bar]

Не включва: синдром на Cockayne (Q87.1)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

G11.4 Наследствена спастична параплегия

G11.8 Друга наследствена атаксия

Други дегенеративни болести на базалните ганглии

Не включва: мултисистемна дегенерация (G90.3)

G23.0 Болест на Hallervorden-Spatz

Пигментна палидарна дегенерация

G23.8 Други уточнени дегенеративни болести на базалните ганглии

Вкалцаване на базалните ганглии

Дистония

G24.1 Идиопатична фамилна дистония

Идиопатична дистония БДУ

G24.2 Идиопатична нефамилна дистония

Други дегенеративни болести на нервната система, неклассифицирани другаде

G31.8 Други уточнени дегенеративни болести на нервната система

Дегенерация на сивото вещество [болест на Alpers]

Подостра некротизираща енцефалопатия [болест на Leigh]

Детска церебрална парализа

Включва: болест на Little

Не включва: наследствена спастична параплегия (G11.4)

G80.0 Спастична церебрална парализа

Вродена спастична парализа (церебрална)

G80.1 Спастична диплегия

G80.2 Детска хемиплегия

G80.3 Дискинетична церебрална парализа

Атетоидна церебрална парализа

G80.4 Атактична церебрална парализа

G80.8 Друга детска церебрална парализа

Смесени синдроми на церебрална парализа

Хемиплегия

Забележка: Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за хемиплегията (пълна) (непълна) се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че тя е установена отдавна, или съществува продължително време, но нейната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на типа хемиплегия, предизвикана от всякаква причина.

Не включва: вродена и детска церебрална парализа (G80.—)

G 81.1 Спастична хемиплегия

Параплегия и тетраплегия

Забележка: Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за състоянията се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че те са установени отдавна, или съществуват продължително време, но тяхната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на тези състояния, предизвикани от всякаква причина.

Не включва: вродена и детска церебрална парализа (G80.—)

G 82.1 Спастична параплегия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно
Включва: венозно инжектиране на багрило
офталмоскопия

Биопсия на други мускулно-скелетни точки

30075-01 Биопсия на меки тъкани
Включва: бурса
фасция
мускул
сухожилие

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

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

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1933 Химико-токсикологични изследвания

по преценка:

91927-00 Определяне на лекарствена концентрация на карбамазепин

по преценка:

91927-01 Определяне на лекарствена концентрация на Валпроева киселина

1934 Други лабораторни изследвания

по преценка:

91881-00 ДНК анализ

по преценка:

91916-00 Генетични 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

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:

- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

Измерване или изследване на зрителна функция	
96038-00	Измерване на зрителна острота
Периметрия	
	Изследване на зрително поле
96041-00	Мануална периметрия, двустранно
Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания	
92015-00	Визуален евокиран потенциал [ВЕР]
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ <i>Включва:</i> отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Вентилаторно подпомагане	
	<p>Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия Променлива задължителна вентилация [IMV] Инвазивна вентилация Механична вентилация Налягане с позитивен експираторен край Вентилация с подпомагащо налягане [PSV] Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV] <i>Включва:</i> ендотрахеална: <ul style="list-style-type: none"> • интубация • асистирано дишане механична вентилация с: <ul style="list-style-type: none"> • ендотрахеална тръба (ETT) • назална • орална • трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • трахеостомия: • перкутанна (41880-00 [536]) • постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536]) <p><i>Не включва:</i> продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])</p>
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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 диагнози с кодове **E75.2, E75.4, G11.1, G11.3**, като задължителна трета диагностична процедура се прилагат някои от следните: 11212-00, 96038-00, 96041-00. В тези случаи клиничната пътека се отчита с три основни диагностични и две основни терапевтични процедури.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924, 1933 и 1934 – кодовете от блокове 1923 и 1924 са задължителни, а от блокове 1933 и 1934 се извършват и кодират по преценка, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология
2. Клинична лаборатория от II или III ниво и възможност за КГА
3. ЕЕГ – кабинет (апарат)
4. ЕМГ – кабинет (апарат), включително за изследване на предизвикани потенциали

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- двама лекари със специалност по неврология за клиника/отделение по неврология
- лекар - специалист по физикална и рехабилитационна медицина;
- психолог.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Кабинет/отделение по физикална и рехабилитационна медицина – на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

4.2. Кабинет по офталмология – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

4.3. Кабинет за психометрично и невропсихологично изследване - на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

4.4. За ЕЕГ – невролог/детски невролог или педиатър специализиран в областта на детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

4.5. За ЕМГ – невролог/детски невролог или педиатър специализиран в областта на детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- спешни състояния, свързани с основното заболяване, неповлияващи се от лечение в амбулаторни условия;
- тежки случаи с тежък квадрипаретичен и псевдобулбарен синдром с необходимост от парентерално хранене;

Първоначално диагностично уточняване и лечение на пациенти със:

- левкодистрофичния или обменен енцефалопатен синдром с прогресиращ неврологичен дефицит;
- остро настъпващо (за първи път) или рецидивиращо състояние на количествени нарушения на съзнанието, повръщане, атаксия или ритъмни разстройства на дишането;
- церебеларен синдром, задностълбцова атаксия;
- екстрапирамиден синдром;
- долна спастична парепареза;
- интелектуален дефицит (умствена изостаналост);
- клинични данни за ДЦП.
- Планирано лечение съгласно определения терапевтичен план след първоначално диагностично уточняване на пациенти с наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система с начало в детска възраст, засягащи ЦНС.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лечението започва след уточняване на диагнозата на базата на клиничните симптоми и проведените необходими изследвания.

ДИАГНОЗА:

За диагностициране на “левкодистрофия”- КТ и МРТ на главен мозък, ликворно изследване (общо и електрофореза, Ig), ЗЕП, СЕП, метаболитен скрининг, дълговерижни мастни киселини (за адреновекодистрофия), N-dietyl-aspartat (за Canavan), серумна арилсулфатаза А (за метахроматична левкодистрофия), галактоцеребозид β-галактозидаза (за левкодистрофия тип Крабе), генетични изследвания, ЕЕГ, мозъчна биопсия хистопатологично изследване, психологично изследване, ЕМГ/ЕНГ. **ДД** с други процеси в ранното детство с подобна симптоматика като персистиращи невроинфекции (SSPE; подостър HIV енцефалит); множествена склероза - тип Balo и тип Schilder; мозъчен тумор; олигофрения; детски психични заболявания (Инфантилен аутизъм; синдром на Heller; шизофренен синдром в детството), стационарни процеси (ДЦП, хромозомни аномалии).

За диагностициране на полиодистрофия - МРТ и КТ на главен мозък, мозъчна биопсия с хистологично и хистохимично изследване, кожна биопсия, ЕЕГ, ЗЕП, СЕП, метаболитни изследвания. **ДД** с други процеси в ранното детство с подобна симптоматика като левкодистрофии, обменни енцефалопатии, персистиращи невроинфекции (SSPE; подостър HIV енцефалит); множествена склероза - тип Balo и тип Schilder; мозъчен тумор; олигофрения; детски психични заболявания (Инфантилен аутизъм; синдром на Heller; шизофренен синдром в детството), стационарни процеси (ДЦП, хромозомни аномалии).

За диагностициране на обменни енцефалопатии - 24-часова урина за метаболитен скрининг - галактоза, оротова к-на (хиперамонемия); мед (болест на Wilson), сиалова к-на; белези на ренална тубуларна дисфункция (Lowe, Hartnup); аминокиселини (аминоацидурии), вкл. тест за фенилкетонурия, органични киселини, сулфатиди, мукополизахариди, олигозахариди, хомоцистеин; **кръв:** общи биохимични изследвания и метаболитен скрининг за глюкоза, кетотела, урея, амоняк (хиперамонемия), АКР, пируват, лактат, електролити, чернодробни функции (ензими, холестерол, триглицериди), мед, церулоплазмин; **ехография на сърце, черен дроб, бъбреци.** **ДД** с левкодистрофии, полиодистрофии, подостри и персистиращи енцефалити.

За диагностициране на церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии): КТ и МРТ на главен и гръбначен мозък, ликворно изследване (общо и електрофореза, Ig), миелография; вирусологични, серологични изследвания за луес, HIV; ЕЕГ; ЕМГ; евокирани потенциали (стволови слухови ЕП, зрителни ЕП, соматосензорни); отоневрологично изследване, ехография на вътрешни органи, вкл. ехокардиография, биопсия от периферен нерв и мускул; невровегетологично изследване; имунологично изследване; генетично изследване. **ДД** с ДЦП-малкомозъчна форма, левкодистрофии.

За диагностициране на екстрапирамидни дегенеративни заболявания с начало в детската възраст- КТ и МРТ на главен мозък, изследване на Cu в серум и урина и тест с купренил, церулоплазмин, изследване на общ и йонизиран Ca^{2+} (за **ДД** с хипопаратиреоидизъм), ликвор (за **ДД** с подостър енцефалит), кръвни и биохимични изследвания, коагулационен профил (за **ДД** с протеин С-, S дефицит, хомоцистеинурия), изследвания за системен васкулит (антилупусни антитела, LE клетки, антикардиолипинови антитела (**ДД** с антифосфолипиден синдром).

За диагностициране на фамилна спастична параплегия: МРТ на главен и гръбначен мозък, КТ на главен и гръбначен мозък, ликворно изследване, генетично и молекулярно-генетично изследване, метаболизъм на вит. B12; **ДД** с ДЦП, гръбначно-мозъчен обемен процес, B12 дефицит, левкодистрофия

За диагностициране на ДЦП - КТ на главен мозък, МРТ (кортикални дисплазии), ЕЕГ, психологично изследване.

За диагностициране на “умствена изостаналост” – психологично изследване за уточняване на степента на умствената изостаналост, КТ на главен мозък, МРТ на главен мозък, метаболитен скрининг, генетични изследвания (цитогенетични и/или ДНК анализ), серологични изследвания за доказване на вродени инфекции (цитомегаловируси, токсоплазмоза, херпес и др.), ЕЕГ.

ЛЕЧЕНИЕ:

При **левкодистрофии, полиодистрофии, обменни енцефалопатии, спиноцеребеларни дегенерации, дегенерации в базалните ядра** лечението е симптоматично и включва:

Ноотропни средства.

Антиепилептични медикаменти (при необходимост).

Медикаменти за повлияване на мускулния тонус (при необходимост).

При възбуда (при необходимост):

- При **екстрапирамиден синдром** - DOPA агонисти и DOPA – съдържащи медикаменти.

Витамины от група В, С.

Дихателна реанимация - при необходимост (при дисметаболитни енцефалопатии, епилептичен статус).

Водно-солева реанимация (при необходимост).

Корекция на нарушенията на алкално-киселинното равновесие (при необходимост).

При хиперамонемия: лечение в интензивно отделение при необходимост за лечение на *хиперамонемичната кома*:

- хемодиализа или перитонеална диализа.

Двигателна рехабилитация и физиотерапия.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването. Диагнозата **“левкодистрофия”** се поставя на базата на прогресиращ квадрипаретичен, церебеларен, дементен епилептичен синдром, амблиопия, амавроза, МРТ данни за демиелинизация, данните от метаболитния скрининг и ензимните изследвания, в някои случаи и ЕМГ данни за сегментна демиелинизация, както и от биопсията от мозък, периферен нерв. Диагнозата **“метаболитна енцефалопатия”** се поставя при *постепенно прогресиращ* квадрипаретичен, церебеларен, дементен и епилептичен синдром, зрителни нарушения, в някои случаи съчетан с хепато-спленомегалия, костни аномалии; *рецидивиращи пристъпни състояния* с количествени нарушения на съзнанието, атаксия, доказване на специфичен ензимен и метаболитен дефект чрез метаболитен скрининг, молекулярно-биологични изследвания. При МРТ се доказва нарушена миелинизация. Диагнозата **“церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии)”** се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените лабораторни изследвания, наличието на наследственост и клиничния ход на заболяването. Диагнозата **“ДЦП”**: при непрогресиращ неврологичен дефицит (пирамидни, екстрапирамидни, церебеларни увреждания), КТ с кистични, атрофични лезии, агенезии, при МРТ - корови дисплазии, хетеротопии, нарушено гирообразуване и т.н. Диагнозата **“умствена изостаналост”** се поставя след изключване на друга причина (дисметаболитна) за синдром при друго основно заболяване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравето състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- Приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план.
- Стабилизиране на неврологичното и соматично състояние или корекция на нарушени жизнени показатели.

При пациентите с левкодистрофии, полиодистрофии, обменни енцефалопатии с дихателни нарушения и количествени нарушения на съзнанието:

- преодоляване на дихателните разстройства;
- възстановяване на съзнанието;
- корекция на нарушенията в АКТ и при възможност на метаболизма.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Наследствените дегенеративни заболявания на централната нервна система с начало в детската възраст (*левкодистрофии, полиодистрофии, дегенерации на базалните ядра, малкомозъчни и спиноцеребеларни дегенерации*) и обменните енцефалопатии имат сходна клинична характеристика: в периода след раждане, в кърмаческа и детска или юношеска възраст, се развиват белези на прогресираща увреда на централната нервна система със зрителни нарушения, упадък на интелектуалното и двигателно развитие, промени в мускулния тонус, нарушена координация, неволево треперене на ръцете, главата, очните ябълки, епилептични припадъци. В някои случаи тези прояви се съчетават с мускулни атрофии поради полиневропатен синдром, миопатия. При някои деца необяснимите, повтарящи се епизоди от сънливост, залитане, треперене на ръцете и други прояви на нарушена координация, повръщане могат да се причиняват от вроден дефект в обмяната на веществата. При част от децата с олигофрения (интелектуален дефицит) също е налице вроден дефект на метаболизма на някои аминокиселини, органични киселини, въглехидрати. При наличие на подобни белези на прогресиращо увреждане на нервната система, които е възможно да са наблюдавани и при други членове на семейството, много вероятно е да се диагностицира наследствено дегенеративно заболяване на нервната система или обменна енцефалопатия.

Левкодистрофиите се дължат на генетично обусловен дефект в структурата на миелина. Общата им честота е около 30/100 000. Групират се въз основа на хистохимичната характеристика на миелиновите деградационни продукти на: адренолевкодистрофия, болест на Pelizeaus-Merzbacher, спонгиозна дегенерация на бялото вещество (болест на Canavan), болест на Alexander, болест на Krabbe (глобуидоклетъчна склероза). Протичат с прогресиращо увреждане на движенията, координацията, зрението, интелекта и епилептични припадъци.

При **полиодистрофиите** дегенерират мозъчните неврони. Такива са Синдром на Alpers с мозъчен пируватен дефицит, енцефаломиопатиите, вероятно синдрома на Rett.

Спиноцеребеларната дегенерация (болест на Friedreich) започва от 4-7 г. възраст с постепенно засилващо се залитане, особено на тъмно и деформация на стъпалата, гръбначно изкривяване. При болестта на Louis Bagg, освен постепенно залитане и често боледуване поради вроден дефицит на имуноглобулини, се вижда разширяване на съдове по склерите в очите.

Обменните енцефалопатии се дължат на генни дефекти, причиняващи дефицит на ензими или белтъци. Те се разделят въз основа на характерните биохимични абнормности: разстройства на аминокиселинния метаболизъм; разстройства на белтъчния транспорт; разстройства на въглехидратния метаболизъм; органични ацидурии; заболявания с натрупвания в лизозомите; разстройства на липидния метаболизъм; пероксизомни разстройства; фамилни миоклонус епилепсии; липидози от неизвестен произход; разстройства на метаболизма на металите; разстройства на пуриновия и пиримидинов метаболизъм. Честотата им е общо около 40/ 100 000. Диагностицират се при наличие на:

1. Рецидивирещи епизоди от нарушение на координацията, повишен мускулен тонус, нарушения на съзнанието от сънливост до кома или необясними повръщания;

2. Прогресиращо увреждане на ЦНС, увреждане на движенията, координацията, зрението, умствена изостаналост, характерни отклонения в соматичния статус (дизморфични белези, хепатомегалия, спленомегалия), *патология в изследванията на урината* (при разстройства в обмяната на аминокиселините и въглехидратите), *кръвта* (хиперамонемия при разстройства в урейния цикъл; хипогликемия; интермитентна ацидоза; повишен лактат и пируват, вкл. в ликвор, серумни холестерол, липиди, мед, пикочна киселина, серумни аминокиселини и органични киселини; серумни лизозомни ензими (арилсулфатаза А, β -галактозидаза, хексоаминидаза); *патология при микроскопското, биохимично и ултраструктурно изследване* на биопсични материали от мозък, периферен нерв (липидози, левкодистрофии).

Наследствените и дегенеративни заболявания на нервната система и обменните енцефалопатии протичат с постепенна прогресия и прогнозата е неблагоприятна. Поради това е много важно да бъде поставена точната диагноза, която определя и по-нататъшната прогноза за живота на пациента.

Детската церебрална парализа (ДЦП) е един непрогресиращ процес, с липса на влошаване и с възможно постепенно подобрене на функциите. ДЦП възниква в резултат на увреждания на нервната система от различни фактори по време на бременността, раждането и в периода след раждането. При ДЦП е налице неовладяване на двигателните умения в определените за възрастта срокове, непрохождение на детето до 1 г. 3 месеца и забавяне изграждането на двигателни умения; при част от децата са налице и епилептични припадъци и интелектуален дефицит.

Интелектуален дефицит (олигофрения), налице още от ранното детство, може да е резултат от хромозомно заболяване, генетичен дефект, дифузни или огнищни структурни аномалии на нервната система, обменна енцефалопатия, вродена или интранатална инфекция на ЦНС. Някои обменни енцефалопатии предопределят прогресиращ ход на заболяването, поради което трябва да се извършат генетични изследвания, биохимичен скрининг и невроизобразяващи изследвания (КТ/МРТ).

За поставяне на точната диагноза – определен тип наследствено дегенеративно заболяване на нервната система, обменна енцефалопатия, олигофрения, са необходими периодично неврологично, соматично и психологично изследване, както и високоспециализирани изследвания - компютърна томография (КТ) и магнитно-резонансна томография на главен мозък (МРТ), ликворни изследвания, метаболитни изследвания за доказване на характерен биохимичен дефект в материали от кръв, урина; генетични изследвания, включително молекулярно-биологични изследвания чрез ДНК анализ.

Всяко от тези изследвания е много важно и необходимо за диагностициране на заболяването, а изясняването на точния биохимичен дефект е важен за определяне на възможна диета и ограничаване развитието на заболяването. Изследванията имат специфична информативност за поставяне на диагнозата: **КТ на главен мозък** може да разкрие зони на увреждане на мозъка или обща мозъчна атрофия. **МРТ на главен мозък** разкрива болестни промени в бялото вещество при левкодистрофиите и в сивото вещество. Предизвиканите **зрителни и слухови потенциали** са променени при засягане на зрението и слуха. **Биохимичните изследвания** на кръв, ликвор и урина са важни за поставяне на диагнозата обменна енцефалопатия, защото при вродени ензимни дефекти се натрупват повишени количества на определени метаболити, които не се разграждат по-нататък. **Ликворното изследване** на материал от гръбначно-мозъчна течност разкрива увеличен белтък при левкодистрофиите, и непроменени гама-глобулини и имуноглобулини, които се увеличават при мозъчни възпаления. **Метаболитния скрининг** от кръв и урина диагностицира определен метаболитен дефект. **Ензимните изследвания** с данни за снижена серумна арилсулфатаза А служат за диагностициране на метахроматична левкодистрофия, а снижена галактоцереброзид β -галактозидаза - левкодистрофия тип Крабе. При някои от наследствените заболявания, чрез **ДНК анализ** се доказва точен генен дефект, което е важно при планиране на нови бременности в семейството. **Вирусологичните изследвания** на материали от серум и ликвор служат за отхвърляне на вроден или хроничен енцефалит. **ЕЕГ, ЕМГ изследванията** са променени при полиневропатия или миопатия, които могат да съпътстват мозъчните дегенеративни заболявания и обменните енцефалопатии. **Биопсия на мозък, мускул, периферен нерв, кожа** и патоморфологичните изследвания с хистохимия, електронна микроскопия на тези структури е единствен начин за диагностициране на някои левкодистрофии и обменни енцефалопатии. **Ехографията** на сърце, черен дроб, бъбреци е необходима при гликогенози и някои обменни енцефалопатии, при които се натрупват вещества и в клетките на черния дроб и слезката.

ЛЕЧЕНИЕ: При някои от наследствените мозъчни дегенерации и обменните енцефалопатии се провежда патогенетично лечение с диета, ограничаваща приема на определени вещества (диетични храни). **Диетичният режим** е с различен лечебен успех при различните заболявания. Абсолютно необходимо е спазването му при фенилкетонурията, хиперамонемията, галактазията, дефицитът. Ограниченията в диетата на дълговерижните мастни киселини не е сигурно лечение. **Симптоматичното лечение** включва антиепилептични средства, медикаменти срещу спастичитета, ноотропни средства (пирацетам, танакан, аминокиселини), анксиолитици при възбуда, еретично поведение; двигателна рехабилитация с цел подобряване на епилептичния синдром, повишеният мускулен тонус и интелектуалната деградация.

Подобно е и **лечението при ДЦП**: антиепилептични средства (при необходимост), медикаменти срещу спастичитета, ноотропни средства, анксиолитици при възбуда, системна двигателна рехабилитация. **При олигофрениите** лечението включва ноотропни медикаменти, анксиолитици при необходимост. Болните с ДЦП и олигофрениите могат да бъдат обучавани според коефициента на интелигентност с цел да се осъществи социална интеграция.

Наследствените моторни и сензорни невропатии, миопатии, прогресивни мускулни дистрофии са големи групи от клинично и генетично хетерогенни заболявания. Всяко от тях се дължи на генетичен дефект, унаследен от родителите или възникнал за първи път у самия пациент, има характерна патогенеза и относително специфичен клиничен фенотип. Общото за тези заболявания е, че те се характеризират с прогресираща мускулна слабост, водеща до инвалидизация и намалена продължителност на живота. Точното диагностициране на тези заболявания изисква използването на редица клинични, неврофизиологични, невроизобразяващи, невропатологични и молекулярно-генетични изследвания. Лечението е симптоматично и се изразява главно в прилагането на двигателна рехабилитация и стимулираща терапия с витамини, анаболни и антихолинестеразни средства. При повечето болни с невромускулни заболявания също са важни ортопедичните корекции и носенето на специални помощни съоръжения, както и хранителния режим. Като цяло лечението на тези болни цели забавяне на инвалидизацията и подобряване качеството им на живот.

Поставянето на точна генетична диагноза на този етап има по-голямо значение за роднините на болния, отколкото за самия пациент. Тя създава възможности за използването на методите на пренатална диагностика в тези семейства с оглед недопускане раждането на нови болни с тежко инвалидизирани невромускулни заболявания.

Малкомозъчна атаксия – разнородна група от невродегенеративни заболявания. Характеризират се главно с разстройство на функциите на малкия мозък: нарушение в равновесието, походката и координацията на движенията. Могат да се прибавят и симптоми извън нарушената координация, в резултат на увреждане на връзките на малкия мозък с други структури на нервната система. Протичат бавно, хронично, възможна е наследственост при част от болните.

**КП № 58 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕНИ И
ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА,
ЗАСЯГАЩИ ЦНС С НАЧАЛО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ**

**КП № 58.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕНИ И
ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА,
ЗАСЯГАЩИ ЦНС С НАЧАЛО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ ПРИ ЛИЦА
ПОД 18 ГОДИНИ**

Минимален болничен престой - 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

- E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини**
Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

- Не включва:** муколипидоза, тип I-III (E77.0—E77.1)
болест на Refsum (G60.1)

- E75.2 Други сфинголипидози**
Болест на:
• Fabry(-Anderson)
• Gaucher
• Krabbe
• Niemann-Pick
Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

- E75.4 Липофусциноза на невроните**
Болест на:
• Batten
• Bielschowsky-Jansky
• Kufs
• Spielmeyer-Vogt

- E83.0 Разстройства на обмяната на медта**
Болест на Wilson

Лека умствена изостаналост

- F70.0 Лека умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението**
Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

- F70.1 Лека умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение**
Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има

вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

F70.8 Лека умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

Умерена умствена изостаналост

F71.0 Умерена умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

Включва: умерена умствена недостатъчност

F71.1 Умерена умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

Включва: умерена умствена недостатъчност

F71.8 Умерена умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

Включва: умерена умствена недостатъчност

Тежка умствена изостаналост

F72.0 Тежка умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

Включва: тежка умствена недостатъчност

F72.1 Тежка умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

Включва: тежка умствена недостатъчност

F72.8 Тежка умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

Включва: тежка умствена недостатъчност

Дълбока умствена изостаналост

F73.0 Дълбока умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално

нарушение на поведението

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

F73.1 Дълбока умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

F73.8 Дълбока умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

Специфични разстройства в развитието на речта и езика**F80.3 Придобита афазия с епилепсия [синдром на Landau-Kleffner]**

Разстройство, при което детето, след първоначално нормално развитие на езика, загубва както рецептивните, така и експресивните си речеви умения, но запазва общия си интелект. Началото на разстройството е съпроводено с пароксизмална ЕЕГ активност и в повечето от случаите — и с епилептични припадъци. Началото обикновено е между три- и седемгодишна възраст, като загубата на умения настъпва за няколко дни или седмици. Връзката във времето между появата на припадъците и загубата на езика е твърде променлива, като едното може да предхожда другото в разстояние на няколко месеца до две години. Като възможна причина за появата на това разстройство се предполага възпалителен процес в главния мозък. Около две-трети от пациентите остават с по-силно или по-слабо изразен сериозен дефицит в рецептивната реч.

F82 Специфични разстройства в развитието на двигателната функция

Разстройство, при което отличителният признак е сериозно нарушение в развитието на двигателната координация, което не може да се обясни само с общо умствено изоставане или с някакво специфично вродено или придобито неврологично разстройство. Независимо от това, в повечето случаи внимателното клинично изследване показва подчертана незрялост в развитието на нервната система като хореоформни движения на крайниците или огледални движения и други асоциирани двигателни особености, както и белези на лоша фина и обща двигателна координация.

Синдром на детска тромавост

Свързано(-а) с развитието:

- разстройство на координацията
- диспраксия

Не включва: абнормности в походката или подвижността (R26.—)

липса на координация (R27.0)

- като резултат от умствена изостаналост (F70—F79)

F83 Смесени специфични разстройства в психологичното развитие

Остатъчна категория от разстройства, при която е налице смесица от специфични разстройства на речта и езика или на училищните умения и двигателната функция, но нито едно от тези разстройства не преобладава достатъчно над останалите, за да обоснове основната диагноза. Тази смесена категория следва да се използва, само когато има голямо припокриване между всички тези специфични разстройства в развитието. Тези разстройства се свързват обикновено с известна степен на общо нарушение на когнитивните функции, но това не винаги се наблюдава. Ето защо, тази рубрика следва да се използва в случаите, когато са налице дисфункции, отговарящи на диагностичните критерии за две или повече рубрики от: F80.—, F81.— и F82.

Наследствена атаксия

Не включва: наследствена и идиопатична невропатия (G60.—)
детска церебрална парализа (G80.—)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)

G11.1 Ранна малкомозъчна атаксия

Забележка: Започва обикновено преди 20-годишна възраст.

Ранна малкомозъчна атаксия с:

- есенциален тремор
 - миоклонии [атаксия на Hunt]
 - запазени сухожилни рефлексии
- Атаксия на Friedreich (автозомно-рецесивна)
X-свързана рецесивна спиноцеребеларна атаксия

G11.3 Малкомозъчна атаксия с нарушение във възстановяването на ДНК

Атаксия - телеангиектазия [синдром на Louis-Bar]

Не включва: синдром на Cockayne (Q87.1)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

G11.4 Наследствена спастична параплегия

G11.8 Друга наследствена атаксия

Други дегенеративни болести на базалните ганглии

Не включва: мултисистемна дегенерация (G90.3)

G23.0 Болест на Hallervorden-Spatz

Пигментна палидарна дегенерация

G23.8 Други уточнени дегенеративни болести на базалните ганглии

Вкалцяване на базалните ганглии

Дистония

G24.1 Идиопатична фамилна дистония

Идиопатична дистония БДУ

G24.2 Идиопатична нефамилна дистония

Други дегенеративни болести на нервната система, неклассифицирани другаде

G31.8 Други уточнени дегенеративни болести на нервната система

Дегенерация на сивото вещество [болест на Alpers]

Подостра некротизираща енцефалопатия [болест на Leigh]

Детска церебрална парализа

Включва: болест на Little

Не включва: наследствена спастична параплегия (G11.4)

G80.0 Спастична церебрална парализа

Вродена спастична парализа (церебрална)

G80.1 Спастична диплегия

G80.2 Детска хемиплегия

G80.3 Дискинетична церебрална парализа

Атетоидна церебрална парализа

G80.4 Атактична церебрална парализа

G80.8 Друга детска церебрална парализа

Смесени синдроми на церебрална парализа

Хемиплегия

Забележка: Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за хемиплегията (пълна) (непълна) се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че тя е установена отдавна, или съществува продължително време, но нейната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на типа хемиплегия, предизвикана от всякаква причина.

Не включва: вродена и детска церебрална парализа (G80.—)

G 81.1 Спастична хемиплегия

Параплегия и тетраплегия

Забележка: Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за състоянията се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че те са установени отдавна, или съществуват продължително време, но тяхната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на тези състояния, предизвикани от всякаква причина.

Не включва: вродена и детска церебрална парализа (G80.—)

G 82.1 Спастична параплегия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно
Включва: венозно инжектиране на багрило
офталмоскопия

Биопсия на други мускулно-скелетни точки

30075-01 Биопсия на меки тъкани
Включва: бурса
фасция
мускул
сухожилие

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

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

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1933 Химико-токсикологични изследвания

по преценка:

91927-00 Определяне на лекарствена концентрация на карбамазепин

по преценка:

91927-01 Определяне на лекарствена концентрация на Валпроева киселина

1934 Други лабораторни изследвания

по преценка:

91881-00 ДНК анализ

по преценка:

91916-00 Генетични 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

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:

- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

Измерване или изследване на зрителна функция

96038-00 Измерване на зрителна острота

Периметрия

Изследване на зрително поле

96041-00 Мануална периметрия, двустранно

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

92015-00 Визуален евокиран потенциал [ВЕП]

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане]
[контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба –
трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ЕТТ)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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 диагнози с кодове **E75.2, E75.4, G11.1, G11.3**, като задължителна трета диагностична процедура се прилагат някои от следните: 11212-00, 96038-00, 96041-00. В тези случаи клиничната пътека се отчита с три основни диагностични и две основни терапевтични процедури.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924, 1933 и 1934 – кодовете от блокове 1923 и 1924 са задължителни, а от блокове 1933 и 1934 се извършват и кодират по преценка, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ (за деца до 18 години).

1. 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 неврология или детска неврология
2. Клинична лаборатория от II или III ниво и възможност за КГА
3. ЕЕГ – кабинет (апарат)
4. ЕМГ – кабинет (апарат), включително за изследване на предизвикани потенциали

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар – двама лекари със специалност по неврология за клиника/отделение по неврология

или двама с придобита специалност детска неврология за клиника/отделение по детска неврология

или лекар - специалист по педиатрия, специализирал в областта на детската неврология, работещ в детска неврологична клиника/ отделение;

- лекар - специалист по физикална и рехабилитационна медицина;

- психолог.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Кабинет/отделение по физикална и рехабилитационна медицина – на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

4.2. Кабинет по офталмология – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

4.3. Кабинет за психометрично и невропсихологично изследване - на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

4.4. За ЕЕГ – невролог/детски невролог или педиатър специализиран в областта на детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

4.5. За ЕМГ – невролог/детски невролог или педиатър специализиран в областта на детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- спешни състояния, свързани с основното заболяване, неповлияващи се от лечение в амбулаторни условия;
- тежки случаи с тежък квадрипаретичен и псевдобулбарен синдром с необходимост от парентерално хранене;

Първоначално диагностично уточняване и лечение на пациенти със:

- левкодистрофичния или обменен енцефалопатен синдром с прогресиращ неврологичен дефицит;
- остро настъпващо (за първи път) или рецидивиращо състояние на количествени нарушения на съзнанието, повръщане, атаксия или ритъмни разстройства на дишането;
- церебеларен синдром, задностълбцова атаксия;
- екстрапирамиден синдром;
- долна спастична парепареза;
- интелектуален дефицит (умствена изостаналост);
- клинични данни за ДЦП.
- Планирано лечение съгласно определения терапевтичен план след първоначално диагностично уточняване на пациенти с наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система с начало в детска възраст, засягащи ЦНС.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лечението започва след уточняване на диагнозата на базата на клиничните симптоми

и проведените необходими изследвания.

ДИАГНОЗА:

За диагностициране на “левкодистрофия”- КТ и МРТ на главен мозък, ликворно изследване (общо и електрофореза, Ig), ЗЕП, СЕП, метаболитен скрининг, дълговерижни мастни киселини (за адреновекодистрофия), N-dietyl-aspartat (за Canavan), серумна арилсулфатаза А (за метахроматична левкодистрофия), галактоцереброзид β-галактозидаза (за левкодистрофия тип Крабе), генетични изследвания, ЕЕГ, мозъчна биопсия хистопатологично изследване, психологично изследване, ЕМГ/ЕНГ. **ДД** с други процеси в ранното детство с подобна симптоматика като персистиращи невроинфекции (SSPE; подостър HIV енцефалит); множествена склероза - тип Balo и тип Schilder; мозъчен тумор; олигофрения; детски психични заболявания (Инфантилен аутизъм; синдром на Heller; шизофренен синдром в детството), стационарни процеси (ДЦП, хромозомни аномалии).

За диагностициране на полиодистрофия - МРТ и КТ на главен мозък, мозъчна биопсия с хистологично и хистохимично изследване, кожна биопсия, ЕЕГ, ЗЕП, СЕП, метаболитни изследвания. **ДД** с други процеси в ранното детство с подобна симптоматика като левкодистрофии, обменни енцефалопатии, персистиращи невроинфекции (SSPE; подостър HIV енцефалит); множествена склероза - тип Balo и тип Schilder; мозъчен тумор; олигофрения; детски психични заболявания (Инфантилен аутизъм; синдром на Heller; шизофренен синдром в детството), стационарни процеси (ДЦП, хромозомни аномалии).

За диагностициране на обменни енцефалопатии - 24-часова урина за метаболитен скрининг - галактоза, оротова к-на (хиперамонемия); мед (болест на Wilson), сиалова к-на; белези на ренална тубуларна дисфункция (Lowe, Hartnup); аминокиселини (аминоацидурии), вкл. тест за фенилкетонурия, органични киселини, сулфатиди, мукополизахариди, олигозахариди, хомоцистеин; **кръв:** общи биохимични изследвания и метаболитен скрининг за глюкоза, кетотела, урея, амоняк (хиперамонемия), АКР, пируват, лактат, електролити, чернодробни функции (ензими, холестерол, триглицериди), мед, церулоплазмин; **ехография на сърце, черен дроб, бъбреци.** **ДД** с левкодистрофии, полиодистрофии, подостри и персистиращи енцефалити.

За диагностициране на церебеларни дегенеративни заболявания (спиноце-ребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии): КТ и МРТ на главен и гръбначен мозък, ликворно изследване (общо и електрофореза, Ig), миелография; вирусологични, серологични изследвания за луес, HIV; ЕЕГ; ЕМГ; евокирани потенциали (стволови слухови ЕП, зрителни ЕП, соматосензорни); отоневрологично изследване, ехография на вътрешни органи, вкл. ехокардиография, биопсия от периферен нерв и мускул; невровегетологично изследване; имунологично изследване; генетично изследване. **ДД** с ДЦП-малкомозъчна форма, левкодистрофии.

За диагностициране на екстрапирамидни дегенеративни заболявания с начало в детската възраст- КТ и МРТ на главен мозък, изследване на Cu в серум и урина и тест с купренил, церулоплазмин, изследване на общ и йонизиран Ca^{2+} (за **ДД** с хипопаратиреоидизъм), ликвор (за **ДД** с подостър енцефалит), кръвни и биохимични изследвания, коагулационен профил (за **ДД** с протеин С-, S дефицит, хомоцистеинурия), изследвания за системен васкулит (антилупусни антитела, LE клетки, антикардиолипинови антитела (**ДД** с антифосфолипиден синдром).

За диагностициране на фамилна спастична параплегия: МРТ на главен и гръбначен мозък, КТ на главен и гръбначен мозък, ликворно изследване, генетично и молекулярно-генетично изследване, метаболизъм на вит. B12; **ДД** с ДЦП, гръбначно-мозъчен обемен процес, B12 дефицит, левкодистрофия

За диагностициране на ДЦП - КТ на главен мозък, МРТ (кортикални дисплазии), ЕЕГ, психологично изследване.

За диагностициране на “умствена изостаналост” – психологично изследване за

уточняване на степента на умствената изостаналост, КТ на главен мозък, МРТ на главен мозък, метаболитен скрининг, генетични изследвания (цитогенетични и/или ДНК анализ), серологични изследвания за доказване на вродени инфекции (цитомегаловируси, токсоплазмоза, херпес и др.), ЕЕГ.

ЛЕЧЕНИЕ:

При **левкодистрофии, полиодистрофии, обменни енцефалопатии, спиноцеребеларни дегенерации, дегенерации в базалните ядра** лечението е симптоматично и включва:

Ноотропни средства.

Антиепилептични медикаменти (при необходимост).

Медикаменти за повлияване на мускулния тонус (при необходимост).

При възбуда (при необходимост):

- При **екстрапирамиден синдром** - DOPA агонисти и DOPA – съдържащи медикаменти.

Витамины от група В, С.

Дихателна реанимация - при необходимост (при дисметаболитни енцефалопатии, епилептичен статус).

Водно-солева реанимация (при необходимост).

Корекция на нарушенията на алкално-киселинното равновесие (при необходимост).

При хиперамонемия: лечение в интензивно отделение при необходимост за лечение на *хиперамонемичната кома*:

- хемодиализа или перитонеална диализа.

Двигателна рехабилитация и физиотерапия.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването. Диагнозата **“левкодистрофия”** се поставя на базата на прогресиращ квадрипаретичен, церебеларен, дементен епилептичен синдром, амблиопия, амавроза, МРТ данни за демиелинизация, данните от метаболитния скрининг и ензимните изследвания, в някои случаи и ЕМГ данни за сегментна демиелинизация, както и от биопсията от мозък, периферен нерв. Диагнозата **“метаболитна енцефалопатия”** се поставя при

постепенно прогресиращ квадрипаретичен, церебеларен, дементен и епилептичен синдром, зрителни нарушения, в някои случаи съчетан с хепато-спленомегалия, костни аномалии; *рецидивирани пристъпни състояния* с количествени нарушения на съзнанието, атаксия, доказване на специфичен ензимен и метаболитен дефект чрез метаболитен скрининг, молекулярно-биологични изследвания. При МРТ се доказва нарушена миелинизация. Диагнозата **“церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии)”** се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените лабораторни изследвания, наличието на наследственост и клиничния ход на заболяването. Диагнозата **“ДЦП”**: при непрогресиращ неврологичен дефицит (пирамидни, екстрапирамидни, церебеларни увреждания), КТ с кистични, атрофични лезии, агенезии, при МРТ - корови дисплазии, хетеротопии, нарушено гирообразуване и т.н. Диагнозата **“умствена изостаналост”** се поставя след изключване на друга причина (дисметаболитна) за синдром при друго основно заболяване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- Приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план.
- Стабилизиране на неврологичното и соматично състояние или корекция на нарушени жизнени показатели.

При пациентите с левкодистрофии, полиодистрофии, обменни енцефалопатии с дихателни нарушения и количествени нарушения на съзнанието:

- преодоляване на дихателните разстройства;
- възстановяване на съзнанието;
- корекция на нарушенията в АКР и при възможност на метаболизма.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикриза. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Наследствените дегенеративни заболявания на централната нервна система с начало в детската възраст (*левкодистрофии, полиодистрофии, дегенерации на базалните ядра, малкомозъчни и спиноцеребеларни дегенерации*) и обменните енцефалопатии имат сходна клинична характеристика: в периода след раждане, в кърмаческа и детска или юношеска възраст, се развиват белези на прогресираща увреда на централната нервна система със зрителни нарушения, упадък на интелектуалното и двигателно развитие, промени в мускулния тонус, нарушена координация, неволево треперене на ръцете, главата, очните ябълки, епилептични припадъци. В някои случаи тези прояви се съчетават с мускулни атрофии поради полиневропатен синдром, миопатия. При някои деца необяснимите, повтарящи се епизоди от сънливост, залитане, треперене на ръцете и други прояви на нарушена координация, повръщане могат да се причиняват от вроден дефект в обмяната на веществата. При част от децата с олигофрения (интелектуален дефицит) също е налице вроден дефект на метаболизма на някои аминокиселини, органични киселини, въглехидрати. При наличие на подобни белези на прогресиращо увреждане на нервната система, които е възможно да са наблюдавани и при други членове на семейството, много вероятно е да се диагностицира наследствено дегенеративно заболяване на нервната система или обменна енцефалопатия.

Левкодистрофиите се дължат на генетично обусловен дефект в структурата на миелина. Общата им честота е около 30/100 000. Групират се въз основа на хистохимичната характеристика на миелиновите деградиционни продукти на: адренолевкодистрофия, болест на Pelizeaus-Merzbacher, спонгиозна дегенерация на бялото вещество (болест на Canavan), болест на Alexander, болест на Krabbe (глобуидоклетъчна склероза). Протичат с прогресиращо увреждане на движенията, координацията, зрението, интелекта и епилептични припадъци.

При **полиодистрофиите** дегенерират мозъчните неврони. Такива са Синдром на Alpers с мозъчен пируватен дефицит, енцефаломиопатиите, вероятно синдрома на Rett.

Спиноцеребеларната дегенерация (болест на Friedreich) започва от 4-7 г. възраст с постепенно засилващо се залитане, особено на тъмно и деформация на стъпалата, гръбначно изкривяване. При болестта на Louis Bagg, освен постепенно залитане и често боледуване поради вроден дефицит на имуноглобулини, се вижда разширяване на съдове по склерите в очите.

Обменните енцефалопатии се дължат на генни дефекти, причиняващи дефицит на ензими или белтъци. Те се разделят въз основа на характерните биохимични абнормности: разстройства на аминокиселинния метаболизъм; разстройства на белтъчния транспорт; разстройства на въглехидратния метаболизъм; органични ацидурии; заболявания с натрупвания в лизозомите; разстройства на липидния метаболизъм; пероксизомни разстройства; фамилни миоклонус епилепсии; липидози от неизвестен произход; разстройства на метаболизма на металите; разстройства на пуриновия и пиримидинов метаболизъм. Честотата им е общо около 40/ 100 000. Диагностицират се при наличие на:

1. Рецидивирещи епизоди от нарушение на координацията, повишен мускулен тонус, нарушения на съзнанието от сънливост до кома или необясними повръщания;

2. Прогресиращо увреждане на ЦНС, увреждане на движенията, координацията, зрението, умствена изостаналост, характерни отклонения в соматичния статус (дизморфични белези, хепатомегалия, спленомегалия), *патология в изследванията на урината* (при разстройства в обмяната на аминокиселините и въглехидратите), *кръвта* (хиперамонемия при разстройства в урейния цикъл; хипогликемия; интермитентна ацидоза; повишен лактат и пируват, вкл. в ликвор, серумни холестерол, липиди, мед, пикочна

киселина, серумни аминокиселини и органични киселини; серумни лизозомни ензими (арилсулфатаза А, β -галактозидаза, хексоаминидаза); *патология при микроскопското, биохимично и ултраструктурно изследване* на биопсични материали от мозък, периферен нерв (липидози, левкодистрофии).

Наследствените и дегенеративни заболявания на нервната система и обменните енцефалопатии протичат с постепенна прогресия и прогнозата е неблагоприятна. Поради това е много важно да бъде поставена точната диагноза, която определя и по-нататъшната прогноза за живота на пациента.

Детската церебрална парализа (ДЦП) е един непрогресиращ процес, с липса на влошаване и с възможно постепенно подобрене на функциите. ДЦП възниква в резултат на увреждания на нервната система от различни фактори по време на бременността, раждането и в периода след раждането. При ДЦП е налице неовладяване на двигателните умения в определените за възрастта срокове, непрохождение на детето до 1 г. 3 месеца и забавяне изграждането на двигателни умения; при част от децата са налице и епилептични припадъци и интелектуален дефицит.

Интелектуален дефицит (олигофрения), налице още от ранното детство, може да е резултат от хромозомно заболяване, генетичен дефект, дифузни или огнищни структурни аномалии на нервната система, обменна енцефалопатия, вродена или интранатална инфекция на ЦНС. Някои обменни енцефалопатии предопределят прогресиращ ход на заболяването, поради което трябва да се извършат генетични изследвания, биохимичен скрининг и невроизобразяващи изследвания (КТ/МРТ).

За поставяне на точната диагноза – определен тип наследствено дегенеративно заболяване на нервната система, обменна енцефалопатия, олигофрения, са необходими периодично неврологично, соматично и психологично изследване, както и високоспециализирани изследвания - компютърна томография (КТ) и магнитно-резонансна томография на главен мозък (МРТ), ликворни изследвания, метаболитни изследвания за доказване на характерен биохимичен дефект в материали от кръв, урина; генетични изследвания, включително молекулярно-биологични изследвания чрез ДНК анализ.

Всяко от тези изследвания е много важно и необходимо за диагностициране на заболяването, а изясняването на точния биохимичен дефект е важен за определяне на възможна диета и ограничаване развитието на заболяването. Изследванията имат специфична информативност за поставяне на диагнозата: **КТ на главен мозък** може да разкрие зони на увреждане на мозъка или обща мозъчна атрофия. **МРТ на главен мозък** разкрива болестни промени в бялото вещество при левкодистрофиите и в сивото вещество. Предизвиканите **зрителни и слухови потенциали** са променени при засягане на зрението и слуха. **Биохимичните изследвания** на кръв, ликвор и урина са важни за поставяне на диагнозата обменна енцефалопатия, защото при вродени ензимни дефекти се натрупват повишени количества на определени метаболити, които не се разграждат по-нататък. **Ликворното изследване** на материал от гръбначно-мозъчна течност разкрива увеличен белтък при левкодистрофиите, и непроменени гама-глобулини и имуноглобулини, които се увеличават при мозъчни възпаления. **Метаболитния скрининг** от кръв и урина диагностицира определен метаболитен дефект. **Ензимните изследвания** с данни за снижена серумна арилсулфатаза А служат за диагностициране на метакроматична левкодистрофия, а снижена галактоцереброзид β -галактозидаза - левкодистрофия тип Крабе. При някои от наследствените заболявания, чрез **ДНК анализ** се доказва точен генен дефект, което е важно при планиране на нови бременности в семейството. **Вирусологичните изследвания** на материали от серум и ликвор служат за отхвърляне на вроден или хроничен енцефалит. **ЕЕГ, ЕМГ изследванията** са променени при полиневропатия или миопатия, които могат да съпътстват мозъчните дегенеративни заболявания и обменните енцефалопатии. **Биопсия на мозък, мускул, периферен нерв, кожа** и патоморфологичните изследвания с хистохимия, електронна микроскопия на тези

структури е единствен начин за диагностициране на някои левкодистрофии и обменни енцефалопатии. **Ехографията** на сърце, черен дроб, бъбреци е необходима при гликогенози и някои обменни енцефалопатии, при които се натрупват вещества и в клетките на черния дроб и слезката.

ЛЕЧЕНИЕ: При някои от наследствените мозъчни дегенерации и обменните енцефалопатии се провежда патогенетично лечение с диета, ограничаваща приема на определени вещества (диетични храни). **Диетичният режим** е с различен лечебен успех при различните заболявания. Абсолютно необходимо е спазването му при фенилкетонурията, хиперамонемията, галактазията, дефицитът на лактаза. Ограниченията в диетата на дълговерижните мастни киселини не е сигурно лечение. **Симптоматичното лечение** включва антиепилептични средства, медикаменти срещу спастичитета, ноотропни средства (пирацетам, танакан, аминокиселини), анксиолитици при възбуда, еретично поведение; двигателна рехабилитация с цел подобряване на епилептичния синдром, повишеният мускулен тонус и интелектуалната деградация.

Подобно е и **лечението при ДЦП**: антиепилептични средства (при необходимост), медикаменти срещу спастичитета, ноотропни средства, анксиолитици при възбуда, системна двигателна рехабилитация. **При олигофрениите** лечението включва ноотропни медикаменти, анксиолитици при необходимост. Болните с ДЦП и олигофрениите могат да бъдат обучавани според коефициента на интелигентност с цел да се осъществи социална интеграция.

Наследствените моторни и сензорни невропатии, миопатии, прогресивни мускулни дистрофии са големи групи от клинично и генетично хетерогенни заболявания. Всяко от тях се дължи на генетичен дефект, унаследен от родителите или възникнал за първи път у самия пациент, има характерна патогенеза и относително специфичен клиничен фенотип. Общото за тези заболявания е, че те се характеризират с прогресираща мускулна слабост, водеща до инвалидизация и намалена продължителност на живота. Точното диагностициране на тези заболявания изисква използването на редица клинични, неврофизиологични, невроизобразяващи, невропатологични и молекулярно-генетични изследвания. Лечението е симптоматично и се изразява главно в прилагането на двигателна рехабилитация и стимулираща терапия с витамини, анаболни и антихолинестеразни средства. При повечето болни с невромускулни заболявания също са важни ортопедичните корекции и носенето на специални помощни съоръжения, както и хранителния режим. Като цяло лечението на тези болни цели забавяне на инвалидизацията и подобряване качеството им на живот.

Поставянето на точна генетична диагноза на този етап има по-голямо значение за роднините на болния, отколкото за самия пациент. Тя създава възможности за използването на методите на пренатална диагностика в тези семейства с оглед недопускане на раждането на нови болни с тежко инвалидизирани невромускулни заболявания.

Малкомозъчна атаксия – разнородна група от невродегенеративни заболявания. Характеризират се главно с разстройство на функциите на малкия мозък: нарушение в равновесието, походката и координацията на движенията. Могат да се прибавят и симптоми извън нарушената координация, в резултат на увреждане на връзките на малкия мозък с други структури на нервната система. Протичат бавно, хронично, възможна е наследственост при част от болните.

**КП № 59 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕНИ И
ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА ПРИ
ВЪЗРАСТНИ ПАЦИЕНТИ, ЗАСЯГАЩИ ЦЕНТРАЛНАТА НЕРВНА
СИСТЕМА И МОТОРНИЯ НЕВРОН (ЛАС)**

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

G10 Болест на Huntington
Хорея на Huntington

Наследствена атаксия

Не включва: наследствена и идиопатична невропатия (G60.—)
детска церебрална парализа (G80.—)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)

G11.1 Ранна малкомозъчна атаксия

Забележка: Започва обикновено преди 20-годишна възраст.

Ранна малкомозъчна атаксия с:

- есенциален тремор
- миоклонии [атаксия на Hunt]
- запазени сухожилни рефлексии

Атаксия на Friedreich (автозомно-рецесивна)

X-свързана рецесивна спиноцеребеларна атаксия

G11.2 Късна малкомозъчна атаксия

Забележка: Започва обикновено след 20-годишна възраст.

G11.4 Наследствена спастична параплегия

G11.8 Друга наследствена атаксия

Спинална мускулна атрофия и сродни синдроми

G12.2 Болест на двигателния неврон

Фамилна болест на двигателния неврон

Латерална склероза:

- амиотрофична
- първична

Други дегенеративни болести на базалните ганглии

Не включва: мултисистемна дегенерация (G90.3)

G23.1 Прогресираща надядрена офталмоплегия [Steele-Richardson-Olszewski]

G23.2 Стриатонигрална дегенерация

G23.8 Други уточнени дегенеративни болести на базалните ганглии

Вкалцяване на базалните ганглии

Дистония

Включва: дискинезия

Не включва: атетозна церебрална парализа (G80.3)

G24.1 Идиопатична фамилна дистония

Идиопатична дистония БДУ

G24.2 Идиопатична нефамилна дистония

G24.4 Идиопатична орофациална дистония

Орофациална дискинезия

Други екстрапирамидни и двигателни нарушения

G25.0 Есенциален тремор

Фамилен тремор

Не включва: тремор БДУ (R25.1)

G25.2 Други уточнени форми на тремор

Интенционен тремор

G25.3 Миоклонус

Миоклонус, предизвикан от лекарствени средства

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: лицева миокимия (G51.4)
миоклонична епилепсия (G40.—)

G25.5 Други видове хорея

Хорея БДУ

Не включва: хорея БДУ, със засягане на сърцето (I02.0)
хорея на Huntington (G10)
ревматична хорея (I02.—)
хорея на Sydenham (I02.—)

G25.6 Тикове, предизвикани от лекарствени средства и други тикове с органичен произход

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: синдром на de la Tourette (F95.2)
тик БДУ (F95.9)

G25.8 Други уточнени екстрапирамидни и двигателни нарушения

Синдром на “неспокойните” крака

Синдром на скования човек

Болест на Алцхаймер

Включва:

сенилна и пресенилна форма

Не включва:

сенилна:

- дегенерация на главния мозък, НКД (G31.1)
- деменция БДУ (F03)
- сенилност БДУ (R54)

G30.0 Ранна болест на Алцхаймер

Забележка: Начало на заболяването - обикновено до 65-годишна възраст.

G30.1 Късна болест на Алцхаймер

Забележка: Начало на заболяването - обикновено след 65-годишна възраст.

Други дегенеративни болести на нервната система, неklasифицирани другаде

Не включва: синдром на Reye (G93.7)

G31.0 Ограничена атрофия на главния мозък

Болест на Pick

Прогресираща изолирана афазия

Други дегенеративни нарушения на нервната система при болести, класифицирани другаде

G32.0* Подостра комбинирана дегенерация на гръбначния мозък при болести, класифицирани другаде

Подостра комбинирана дегенерация на гръбначния мозък при недоимък на витамин B12 (E53.8†)

Разстройство в обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 Класическа фенилкетонурия

Други разстройства на обмяната на аминокиселините

Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:
• обмяната на ароматните аминокиселини (E70.—)
• обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
• обмяната на мастните киселини (E71.3)
• обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)
подагра (M10.—)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята

Аргининемия

Аргининосукцинова ацидурия

Цитролинемия

Хиперамониемия

Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)**Разстройства на минералната обмяна**

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на парашитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта

Болест на Wilson

Код **G32.0*** не може да се използва като самостоятелен диагностичен код, а е допълнителен към основен код **E53.8†**.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****Биопсия на мозък или менинги**

- 39703-00 Биопсия на мозък чрез трепанационно отворстие
Затворена мозъчна биопсия
Не включва: такава при невроендоскопия (40903-01 [12])
- 39706-00 Биопсия на мозък чрез остеопластична краниотомия
Отворена мозъчна биопсия
Включва: остеопластично ламбо

Лумбална пункция

- 39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

- 56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00	Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
Изследване на евокирани отговори на централна нервна система	
	<i>Включва:</i> такава чрез компютризирано усреднени техники <i>Забележка:</i> Едно изследване – един стимул в една точка Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране <i>Не включва:</i> такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])
11024-00	Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания
11027-00	Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания
1934	Други лабораторни изследвания
92182-07	Общо изследване на ликвор Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити
1932	Изследвания на урината
91920-19	Друго изследване на урина
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1933	Химико-токсикологични изследвания
по преценка:	
91927-00	Определяне на лекарствена концентрация на карбамазепин
по преценка:	
91927-01	Определяне на лекарствена концентрация на Валпроева киселина
1934	Други лабораторни изследвания
по преценка:	
91881-00	ДНК анализ
по преценка:	
91916-00	Генетични 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

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

Психична, поведенческа или психосоциална оценка

96175-00 Оценка на психично/поведенческо функциониране

Оценка на познавателната или изпълнителска функция

Оценка на умствените възможности

Забележка: Умствена/или поведенческа оценка може да включи общо оценъчно интервю (диагностично) и оценка; психиатрична/психологична/психосоциална/физиологична история; физикален преглед; (мини) преглед на ментален статус; използване на оценителни въпросници, чеклисти, неврофизиологични/психоложни/психометрични тестове; и оценки на изхода

Не включва: оценка на познавателна функция като част от тестове за развитие (96184-00 [1824])

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

92015-00 Визуален евокиран потенциал [ВЕП]

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна

Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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, противоинокциозен 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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

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 първа хоспитализация задължителна/и диагностична/и процедура/и за съответните диагнози са: за G 10 КТ/МРТ; за G 11.-- КТ/МРТ; за G 12.2 КТ/МРТ и ЕМГ; за G 23.-- КТ/МРТ; за G 24.-- КТ/МРТ и ЕМГ; за G 25.-- ЕМГ; за G 30.-- КТ/МРТ и MMSE; за G 31.0 КТ/МРТ и MMSE; за G 32.0 КТ/МРТ и ЕМГ;

За КТ/МРТ при диагнози G30.0, G30.1 и G31.0 се признават изследванията, проведени до 90 дни преди **първата** хоспитализацията, които се доказват с разчитане от изследването или епикриза.

При следващи хоспитализации, КТ/МРТ се прави по преценка, съобразно състоянието.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924, 1933 и 1934 – кодовете от блокове 1923 и 1924 са задължителни, а от блокове 1933 и 1934 се извършват и кодират по преценка, като всички кодове на изследвания от четирите блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нервни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести".

1. 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 неврология
2. Клинична лаборатория* II или III ниво (с възможност за ликворни изследвания, кръвно-газов анализ и хемостазеология)
3. ЕЕГ – кабинет (апарат)
4. ЕМГ – кабинет (апарат), вкл. за изследване на предизвикани потенциали - стволкови слухови, зрителни, сомато-сензорни

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по нервни болести: за структури III ниво на компетентност четирима с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Кабинет по офталмология – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. Отделение/кабинет за УНГ - изследване, изследване на слух, отоневрологично изследване – на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

4.3. За отоневрологично изследване - лекар със специалност по нервни болести или УНГ болести, притежаващ удостоверение за придобит опит в областта на отоневрологията.

4.4. За ЕЕГ: лекар със специалност по нервни болести, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

4.5. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

4.6. Кабинет за психометрично и невропсихологично изследване – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- амилотрофична латерална склероза и прояви на възпалителни белодробни нарушения;
- амилотрофична латерална склероза и прояви на дихателна недостатъчност;
- невромускулно заболяване с придружаващи заболявания, усложняващи основното заболяване - пневмония, дихателна недостатъчност; сърдечна недостатъчност, ритъмни нарушения;
- хиперамониемия с нарушения в съзнанието;
- спешни състояния, свързани с основното заболяване, неповлияващи се от лечение в амбулаторни условия.

Първоначално диагностициране на:

- "мултисистемна атрофия" при пациенти със съчетание на паркинсонизъм, автономна дисфункция, церебеларни и пирамидни разстройства в различни комбинации;
- "прогресивна супрануклеарна пареза" при развитие на акинетико-ригиден паркинсонов синдром, псевдобулбарен, супрануклеарен (вертикалната погледна пареза), дементен и изразени постурални нарушения;
- хорея на Хънтингтон при клинични данни за начални хореични хиперкинези и по-късно интелектуална деградация (субкортикална деменция със забавен мисловен процес, затруднение в планирането и изпълнението на комплексни задачи, без афазия, апраксия и агнозия);
- церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии) или корекция на диагнозата;
- Амилотрофична латерална склероза (АЛС) при наличие на: мускулна слабост на крайник или част от крайник; хипотрофия на крайник или част от крайник; потрепвания по крайниците и/или туловището; пареза на крайник или част от него; нарушение в говора или гълтането.
- Болест на Алцхаймер.
- Кортикобазална дегенерация, болест с телца на Леви, фронтотемпорална деменция.

Контрол на състоянието и определяне на терапевтично поведение при:

- Пациенти с мултисистемна атрофия и при пациенти с прогресивна супрануклеарна пареза за назначаване на терапия с леводопа и симптоматично лечение.
- При пациенти с хорея на Хънтингтон за назначаване на невропротективна терапия и такава, свързана с хиперкинезите и психичните нарушения.
- Пациенти с церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии) при относително влошаване на състоянието, свързано с основната симптоматика и липса на терапевтичен ефект от прилаганото лечение.
- Пациенти с невро-мускулни заболявания за провеждане на терапевтични курсове и рехабилитация съгласно определен терапевтичен план.

- Пациенти с фенилкетонурия и хиперамониемия - за контрол на лечението.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (кръв) се взема в рамките на болничния престой за подпомагане на диференциално-диагностичния план и уточняване на основната диагноза. Всички рентгенологични и инструментални изследвания се извършват най-късно до третия ден от началото на хоспитализацията.

Лечението започва след уточняване на диагнозата на базата на клиничните симптоми и проведените необходими изследвания.

За диагностициране на мултисистемна атрофия: КТ/МРТ на главен мозък, офталмологичен статус, изследване на автономна нервна система при необходимост.

За диагностициране на прогресивна супрануклеарна пареза: КТ/МРТ на главен мозък, офталмологичен статус, психологично изследване, ЕМГ (треморограма).

За диагностициране на хорея на Хънтингтон: КТ/МРТ, психологично изследване, психиатрична консултация.

За диагностициране на есенциален тремор: ЕМГ (треморограма).

За диагностициране на церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии): КТ / МРТ на главен и гръбначен мозък, ликворно изследване (общо и електрофореза, Ig), миелография - по преценка; вирусологични, серологични изследвания за луес, HIV; ЕЕГ; ЕМГ; евокирани потенциали (стволови слухови ЕП, зрителни ЕП, соматосензорни); отоневрологично изследване, ехография на вътрешни органи, вкл. ехокардиография, биопсия от периферен нерв и мускул; невровегетологично изследване; имунологично изследване - по преценка; генетично изследване - по преценка.

За диагностициране на АЛС: ЕМГ, изследване на СРК, СРК-МВ, алдолаза, АСАТ, АЛАТ, КТ/ МРТ на шийен гръбнак (и на лумбален при необходимост) и лумбална пункция и ликворно изследване при необходимост; ЕКГ, функционална оценка на двигателната дейност; генетично изследване.

ЛЕЧЕНИЕ:

• Лечение на когнитивните нарушения

Медикаменти на втори избор самостоятелно и в комбинация:

- *инхибитори на ацетилхолинестеразата;*
- *невропротектори и антиоксиданти.*

Синдромологично и симптоматично лечение:

- лечение на депресията;
- лечение на поведенческите нарушения/ажитираност и неспокойствие:

Атипични невролептици;

Конвенционални невролептици;

- лечение на сънните разстройства;
- антиконвулсант.

Когнитивна рехабилитация и стимулация; физикална рехабилитация.

Мултисистемна атрофия: за въздействие върху екстрапирамидните симптоми и автономните нарушения. Леводопа начална доза - 3x1/2 т. до оптимална 1-1.5 г. дневно. (При неефективно лечение с леводопа не се включват допаминови агонисти). Антихолинергични средства до 10-12 мг. дневно в три приема; амантадин 200-300 мг. дневно при неефективно лечение с допаминергични и антихолинергични средства. Лечението на автономните нарушения е насочено предимно към ортостатичната хипотония и инконтиненцията. Минералкортикостероиди или НПВС. При чести позиви и инконтиненция на урина се прилагат антихолинергични средства.

Прогресивна супрануклеарна пареза - препарати на леводопа, амантадин и амитриптилин.

Хорея на Huntington: с изразени хореични хиперкинези, които инвалидизират болния - включва се лечение с невролептици. Лекарства, които изчерпват пресинаптичните моноамини.

Невропротективни медикаменти.

При **депресии и афективни разстройства** се прилагат антидепресанти – селективни серотонин-реъптейк инхибитори и трициклични антидепресанти. **Психозите** се третират с атипични невролептици.

При есенциален тремор – бета-блокери, бензодиазепини, някои антиконвулсанти. глутетимид.

Церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии).

- симптоматично лечение:
 - лечение на миоклонични хиперкинези;
 - миорелаксанти при проява на спастичност;
 - ноотропни медикаменти.

Амиотрофична латерална склероза:

- патогенетично медикаментозно;
- симптоматично медикаментозно – аскорбинова киселина (Vitamin C) 600-900 mg/дневно, алфа токоферол (Vitamin E) 300-600 mg/дневно, Galantamine s.c. максимална дневна доза 20 mg в постепенно покачваща се доза;
- лечебен масаж и лечебна физкултура.

Фенилкетонурия и хиперамониемия

- патогенетично, медикаментозно и диетично.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозата **“Мултисистемна атрофия”** се поставя при наличието на акинетико-ригиден синдром, церебеларни, автономни и пирамидни нарушения. Налице е двустранна симптоматика без асиметрия, липсва статичен тремор и прилагането на леводopa не води до значително подобрене на състоянието. При КТ и МРТ се установява атрофия на церебеларните хемисфери, вермиса и понса. МРТ показва хипоинтензитет в путамен, по-изразен в сравнение с паркинсоновата болест.

Диагнозата **“Прогресивна супрануклеарна пареза”** се поставя при наличие в началото на акинетико-ригиден синдром, нарушения в походката и постурални нарушения. По-нататък се прибавят вертикална погледова пареза, псевдобулбарна пареза, както и когнитивни нарушения. При компютърната томография се намира атрофия на моста и средния мозък, като предно-задния диаметър на последния е под 15 мм.

Диагнозата **“Хорея на Хънтингтон”** се поставя на базата на анамнестичните данни за бавно постепенно развитие на неволеви движения и когнитивни нарушения, неврологичния и психичен статус (хореични хиперкинези, субкортикална деменция) и параклиничните изследвания и консултации (КАТ на главен мозък и психиатрично изследване).

Диагнозата **“Есенциален тремор”** се поставя след клинично и ЕМГ изследване (треморограма).

Диагнозата **“церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии)”** се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените лабораторни изследвания, наличието на наследственост и клиничния ход на заболяването.

Диагнозата **“Амиотрофична латерална склероза”** (в съответствие с национална програма/консенсус за лечение на АЛС) се поставя **съобразно с данните** от анамнезата, клиничната картина и електромиографските критерии за наличие на дефинитивна предногова увреда в изследваните мускули. От другите проведени изследвания: невроизобразяващи, изследване на кръвен серум, кръвна картина и лумбален ликвор, **не се установяват данни отхвърлящи диагнозата АЛС.**

За диагнози „Фенилкетонурия” и „Хиперамониемия” над 18 години, ако не е извършено изследване на генно ниво: клиничната пътека се отчита с проведено генетично изследване, задължително след проведени: „метаболитен скрининг” (МКБ – код **91.39); ензимен и/или ДНК – анализ, в случаите когато се касае за генетично заболяване и анализите са възможни в България.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план;
- стационариране на неврологичната симптоматика и овладяване на остро соматично състояние.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мултисистемната атрофия е прогресивно невродегенеративно заболяване с неясна причина за нейното възникване. Тя засяга и двата пола и се развива в средна възраст. Заболяването се проявява с различни клинични симптоми. Най-често започва с развитието на паркинсонов синдром обикновено без тремор. Характерно е забавянето на движенията и нестабилната походка. Появяват се разстройства в уринирането (често уриниране, изпускане), а също така и спадане на кръвното налягане след изправяне от легнало и седнало положение. Голяма част от болните имат залитане при ходене, речта е монотонна, забавена и накъсана.

Прогресивната супрануклеарна пареза е рядко заболяване (болестност 1.4/100 000), с неясна причина за възникването му. Заболяването обикновено започва в шестото и седмото десетилетие и има сравнително бърза прогресия. Характеризира се с оплаквания, свързани с походката – бавни и несигурни движения, нестабилна походка, скованост в крайниците и шийната мускулатура. По-късно се появяват затруднения в гълтането, говора и погледа. Болният се затруднява да извършва движения, свързани най-вече с поглед надолу, като четене, ядене, слизане по стълби.

Хореята на Хънтингтон е наследствено заболяване, което се предава от болните родители на техните деца. Заболяването е разпространено навсякъде по света, като болестността в САЩ и Европа е около 5-10/100 000 население. Болестният ген при хорея на Хънтингтон се намира в 4-та хромозома и предизвиква натрупване на особен белтък, което предизвиква засягане най-вече на клетките на подкоровите възли и кората.

Заболяването започва най-често между 35 и 40 г. Основните симптоми са неволеви движения и психични разстройства. Хореята на Хънтингтон започва с нехарактерни симптоми като разсеяност, раздразнителност и непохватност и постепенно прогресира до появата на неволеви движения и разстройства в паметта и познанието. За поставянето на диагнозата са необходими консултация с невролог и психиатър, както и провеждане на компютърна томография. При съмнение за развитие на хорея на Хънтингтон е необходимо насочване към неврологично отделение/клиника за уточняване диагнозата и предписване на терапия.

Амиотрофичната латерална склероза представлява дегенеративно заболяване на нервната система. Характеризира се със затруднени движения на някои части на крайниците или затруднения в говора. Заболяването е сравнително рядко. Може да започне във всяка възраст, но най-често между 40 и 60 години. Причината не е известна, понякога има фамилен характер. Диагнозата се поставя посредством комплекс от изследвания, най-важното от което е електромиографията. Останалите изследвания имат за цел отхвърляне на други причини, даващи сходна клинична картина. Лечението се провежда с витамини, нивалин, масаж и лечебна физкултура. Протичането на заболяването е индивидуално при всеки отделен болен.

Малкомозъчна атаксия – разнородна група от невродегенеративни заболявания. Характеризират се главно с разстройство на функциите на малкия мозък: нарушение в равновесието, походката и координацията на движенията. Могат да се прибавят и симптоми извън нарушената координация, в резултат на увреждане на връзките на малкия мозък с други структури на нервната система. Протичат бавно, хронично, възможна е наследственост при част от болните.

КП № 60 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕВРО-МУСКУЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И БОЛЕСТИ НА ПРЕДНИТЕ РОГА НА ГРЪБНАЧНИЯ МОЗЪК

Минимален болничен престой - 5 дни

При използване на код 03.92 минималния болничен престой е до 24 часа

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Спинална мускулна атрофия и сродни синдроми

G12.0 Детска спинална мускулна атрофия, I тип [Werdnig-Hoffman]

G12.1 Други наследствени спинални мускулни атрофии
Прогресираща булбарна парализа при деца [Fazio-Londe]
Спинална мускулна атрофия:

- при възрастни
- детска форма, тип II
- дистална
- юношеска форма, тип III [Kugelberg-Welander]
- скапуло-перонеална форма

G12.2 Болест на двигателния неврон
Прогресираща:

- булбарна парализа
- спинална мускулна атрофия

G12.8 Други спинални мускулни атрофии и сродни синдроми

Наследствена и идиопатична невропатия

G60.0 Наследствена моторна и сетивна невропатия
Болест на:

- Charcot-Marie-Tooth
- Déjerine-Sottas

Наследствена моторна и сетивна невропатия, типове I-IV
Хипертрофична невропатия при деца
Перонеална мускулна атрофия (аксонален тип)(хипертрофичен тип)
Синдром на Roussy-Levy

G60.1 Болест на Refsum

G60.2 Невропатия в съчетание с наследствена атаксия

G60.3 Идиопатична прогресираща невропатия

G60.8 Други наследствени и идиопатични невропатии
Болест на Morvan
Синдром на Nelaton
Сетивна невропатия:

- с доминантно онаследяване
- с рецесивно онаследяване

Първични мускулни увреждания

Не включва: arthrogryposis multiplex congenita (Q74.3)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)
миозит (M60.—)

G71.0 Мускулна дистрофия
Мускулна дистрофия:

- автозомно-рецесивна от детски тип, наподобяваща дистрофията на Duchenne или Becker

- доброкачествена [Becker]
- доброкачествена скапуло-перонеална с ранни контрактури [Emery-Dreifuss]
- дистална
- фацио-скапуло-хумерална
- пояс-крайник
- на очните мускули
- околофарингеална
- скапуло-перонеална
- злокачествена [Duchenne]

Не включва: вродена мускулна дистрофия:

- БДУ (G71.2)
- с уточнени морфологични увреждания на мускулното влакно (G71.2)

G71.1 Миотонични увреждания

Дистрофична миотония [Steinert]

Миотония:

- хондродистрофична
- медикаментозна
- симптоматична

Вродена миотония:

- БДУ
- с доминантно онаследяване [Thomsen]
- с рецесивно онаследяване [Becker]

Невромиотония [Isaacs]

Вродена парамиотония

Псевдомиотония

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало увреждането, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G71.2 Вродени миопатии

Вродена мускулна дистрофия:

- БДУ
- със специфични морфологични увреждания на мускулното влакно

Болест:

- на централното ядро
- миниядрена
- мултиядрена

Диспропорция на типовете влакна

Миопатия:

- миотубуларна (центроядрена)
- немалинова

G71.3 Митохондриална миопатия, неклассифицирана другаде

G71.8 Други първични мускулни увреждания

Други миопатии

Не включва:

arthrogryposis multiplex congenita (Q74.3)
дерматополимиозит (M33.—)
ишемичен инфаркт на мускулите (M62.2)
миозит (M60.—)
полимиозит (M33.2)

G72.0 Медикаментозна миопатия

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало увреждането, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G72.2 Миопатия, предизвикана от други токсични вещества

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

- G72.3 Периодична парализа**
 Периодична парализа (фамилна):
- хиперкалиемична
 - хипокалиемична
 - миотонична
 - нормокалиемична

G72.4 Възпалителна миопатия, неклассифицирана другаде

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на нерв

90013-00 Биопсия на нерв

Биопсия на други мускулно-скелетни точки

30075-01 Биопсия на меки тъкани

Включва: бурса
 фасция
 мускул
 сухожилие

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

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
 Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1923 Хематологични изследвания

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC по преценка:
91910-40	Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране
1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания
по преценка:	
91881-00	ДНК анализ
по преценка:	
91916-00	Генетични 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
Невромускулна електродиагностика	
	ЕМГ [електромиография]: • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди Изследване на невромускулна проводимост
11012-00	Електромиография (ЕМГ) <i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1920	Приложение на фармакотерапия
96198-09	Инtrateкално приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент <i>Кодирай също когато е направено:</i> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ <i>Включва:</i> отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Манипулации на дихателни пътища	
	<i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен Ендотрахеална интубация БДУ <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])

такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

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

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две диагностични процедури и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924 и 1934 се извършват и кодират задължителните, както и необходимите кодове по преценка от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

С код 96198-09, се обозначава интратекално приложение на спинраза при определени заболявания на гръбначния стълб и КП може да се отчита с този код 03.92 - 96198-09.

В случаите, при които се отчита само интратекална инжекция на спинраза, НЗОК заплаща за лечение с натоварващи дози – три през 14 дни и четвъртата 30 дни след третата. След това поддържащите дози се прилагат на всеки четири месеца.

ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТТА НА БОЛНИЧНИЯ ПРЕСТОЙ НА КП В СЛУЧАИТЕ НА ПОСТАВЯНЕ НА ИНТРАТЕКАЛНА ИНЖЕКЦИЯ НА СПИНРАЗА МОЖЕ ДА Е ДО 24 ЧАСА.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология или детска неврология
2. Клинична лаборатория* II ниво (вкл. с възможност за ликворни изследвания)
3. ЕМГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар - детски невролог/невролог, специализирал в областта на детската неврология или

лекар - специалист по детски болести, специализирал в областта на детската неврология, работещ в детска неврологична клиника/отделение.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. Кабинет (отделение) по физикална и рехабилитационна медицина – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.3. За ЕМГ – лекар със специалност по нервни болести/детска неврология/детски болести, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- пациенти с невро-мускулни заболявания и придружаващи заболявания, усложняващи основното заболяване (пневмония, дихателна недостатъчност, сърдечна недостатъчност, ритъмни нарушения);
- спешни състояния, свързани с основното заболяване, неповлияващи се от лечение в амбулаторни условия.
- Диагностика на миопатии, мускулни дистрофии, невропатии, преднорогови заболявания (спинални мускулни атрофии) при пациенти с прогресираща мускулна слабост и ЕМГ/ЕНГ данни за миогенно, неврогенно или преднорогово засягане и пациенти с мускулна слабост и повишени стойности на СРК.
- Планирано лечение съгласно определения терапевтичен план след първоначално диагностично уточняване на пациенти с невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия ден от началото на хоспитализацията. Всички рентгенологични и инструментални изследвания се извършват най-късно до третия ден от началото на хоспитализацията.

За диагностициране на миопатии, мускулни дистрофии, невропатии, преднорогови заболявания (спинални мускулни атрофии):

• **необходими изследвания:** ЕМГ, изследване на СРК, СРК-МВ, алдолаза, АСАТ, АЛАТ; при необходимост - и КТ /МРТ на шиен гръбнак (и на лумбален при необходимост), лумбална пункция и ликворно изследване при необходимост; ЕКГ, ехография на сърце, кардиологична консултация, функционална оценка на двигателната дейност; генетично изследване.

• **допълнителни изследвания:** биопсия от мускул и/или периферен нерв с хистологично, хистохимично, вкл. имунохистохимично изследване при необходимост; генетично изследване; ултразвуково изследване и КТ на мускули; функционално изследване на дишането; ортопедична консултация при необходимост.

Лечението започва след уточняване на диагнозата на базата на клиничните симптоми и проведените необходими изследвания.

ЛЕЧЕНИЕ:

За миопатии, мускулни дистрофии, невропатии лечението включва:

- Двигателна рехабилитация.
- Ортезни средства и ортопедични корекции.
- Стимулираща терапия с витамини, хранителни добавки и анаболни средства.
- При миопатии – кортикостероидни препарати.
- При периферните невропатии - антихолинестеразна терапия по схема парентерално или комбинирано с физиотерапия.
- При миотоничната дистрофия – карбоксамиди.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозите “прогресивна мускулна дистрофия”, “миопатия”, “наследствена сетивна или моторна невропатия”, “спинална мускулна атрофия” се поставят на основание на неврологичния статус, проведените ЕМГ изследвания с характерна патология за всяка от нозологичните единици, проведените биопсични и генетични изследвания и молекулярно-биологичното изследване с ДНК анализ.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план;
- стационариране на неврологичната симптоматика и овладяване на острото соматично състояние.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Наследствените моторни и сензорни невропатии, миопатии, прогресивни мускулни дистрофии и спинална мускулна атрофия са големи групи от клинично и генетично хетерогенни заболявания. Всяко от тях се дължи на генетичен дефект, унаследен от родителите или възникнал за първи път у самия пациент, има характерна патогенеза и относително специфичен клиничен фенотип.

Общото за тези заболявания е, че те се характеризират с прогресираща мускулна слабост, водеща до инвалидизация и намалена продължителност на живота. Точното диагностициране на тези заболявания изисква използването на редица клинични, неврофизиологични, невроизобразяващи, невропатологични и молекулярно-генетични изследвания.

Лечението е симптоматично и се изразява главно в прилагането на двигателна рехабилитация и стимулираща терапия с витамини, анаболни и антихолинестеразни средства. При повечето болни с невромускулни заболявания (НМЗ) също са важни ортопедичните корекции и носенето на специални помощни съоръжения, както и хранителния режим. Като цяло лечението на тези болни цели забавяне на инвалидизацията и подобряване качеството им на живот.

Поставянето на точна генетична диагноза на този етап има по-голямо значение за роднините на болния, отколкото за самия пациент. Тя създава възможности за използването на методите на пренатална диагностика в тези семейства, с оглед недопускане раждането на нови болни с тежко инвалидизиращи невромускулни заболявания.

КП № 61 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МУЛТИПЛЕНА СКЛЕРОЗА

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

G35	Множествена склероза Множествена склероза: <ul style="list-style-type: none">• БДУ• на мозъчния ствол• на гръбначния мозък• дисеминирана• генерализирана
G36.0	Оптиконевромиелит [болест на Devic] Демиелинизация при неврит на зрителния нерв Не включва: неврит на зрителния нерв БДУ (H46)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция	
39000-00	Лумбална пункция Спинална пункция
Компютърна томография на мозък	
Компютърна томография на глава БДУ <i>Не включва:</i> компютърна томография: <ul style="list-style-type: none">• при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none">• гръден кош (57001, 57007 [1957])<ul style="list-style-type: none">• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])	
56001-00	Компютърна томография на мозък
56007-00	Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
Магнитно резонансен образ	
90901-03	Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб <i>Включва:</i> гръбначен мозък
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания	
92016-00	Тонометрия Измерване на вътреочно налягане
92015-00	Визуален евокиран потенциал [ВЕР]
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>	
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен)

	<ul style="list-style-type: none"> • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
	<p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
1892	Афереза
13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (от които едната е задължително 90901-00, МРТ на глава и/или на гръбначен мозък - 90901-03 за Оптиконевромиелит ОНМ) и една основна терапевтична процедура 96199-03 или 96199-09/96197-09/96200-09/ или 13750-00, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

В случаите, когато пациентът е с уточнена диагноза, МРТ не се извършва, но предходното изследване е с давност не повече от 5 години, което се доказва с разчитане от изследването или епикриза.

При постъпване на пациент с поставена диагноза и остър пристъп, клиничната пътека се счита за завършена при изпълнени една основна диагностична и една основна терапевтична процедури.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.) се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология/детска неврология
2. Клинична лаборатория II ниво *

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести: за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- детски невролог

или лекар със специалност по нервни болести, специализирал в областта на детската неврология, работещ в детска неврологична клиника/отделение,

или лекар със специалност по педиатрия, специализирал в областта на детската неврология, работещ в детска неврологична клиника/отделение.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- Диагностично уточняване при лица със съмнение за множествена склероза или за Оптиконевромиелит.
- Лечение на остър пристъп на множествена склероза или за Оптиконевромиелит.
- Изпълнение на терапевтична схема за инфузия на лекарствени продукти, променящи хода на заболяването.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (кръв) се взема в рамките на болничния престой за подпомагане на диференциално-диагностичния план и уточняване на основната диагноза. МРТ, ако не е направено в амбулаторни условия, се извършва най-късно на третия ден от постъпване в болницата.

2.1. Лечение при остър пристъп с кортикостероиди по схема.

2.2. В междупристъпния период се прилага лечение с имуномодулиращи средства и имunosupресивни средства. С това лечение се постига намаляване броя на пристъпите, удължаване времето до първата екзацербация, намаляване тежестта на пристъпите, забавяне прогресията на инвалидизация, намаляване количеството на лезии, установени чрез МРТ.

2.3. Симптоматично лечение на:

Спастично повишен мускулен тонус.

Интенционен тремор.

Тазово-резервоарни нарушения – лечение на:

- императивни позиви и инконтиненция – антихолинестеразни медикаменти;
- ретенция.

Болки, парестезии и пароксизмални пристъпи.

Мускулна умора.

Психични нарушения:

- депресия;
- когнитивен дефицит.

В комплексната терапия на МС съществена роля имат и лечебната физкултура и физиотерапията.

СКАЛА ЗА КОЛИЧЕСТВЕНО ОТЧИТАНЕ НА УВРЕДАТА НА НЕВРОЛОГИЧНИТЕ ФУНКЦИИ ПО J.F. KURTZKE (1983) /EDSS/

А. Пирамидни функции:

0. Нормални.

1. Патологични белези без функционален дефицит (несиметрична хиперрефлексия, отслабени или липсващи коремни рефлексии, наличие на патологични рефлексии от групата на Бабински и др.)

2. Минимален функционален дефицит (латентни парези).

3. Лека или умерена парапареза или хемипареза; тежка монопареза.

4. Изразена парапареза или хемипареза; умерена квадрипареза; моноплегия.

5. Параплегия, хемиплегия или изразена квадрипареза.

6. Квадриплегия.

V. Неизвестно.

В. Церебеларни функции:

0. Нормални.

1. Патологични белези без функционален дефицит (дискоординационни разстройства, отчетени само при координационните проби, но без нарушение на походката или на ежедневните манипулации).

2. Лека атаксия (локомоторна или на крайниците).

3. Умерена атаксия (локомоторна или на крайниците).

4. Тежка атаксия на крайниците, но съчетана с известно ефективно движение.

5. Невъзможност да се извършват координирани движения поради атаксията.

V. Неизвестно.

X. Поставя се след всеки номер, ако парезите в крайниците пречат на точното отчитане.

С. Функции на мозъчния ствол.

0. Нормални.

1. Патологични находки без функционален дефицит (напр. Отпадна сетивна симптоматика).

2. Умерен нистагъм или друг лек дефицит.

3. Тежък нистагъм, изявена очедвигателна слабост или умерен дефицит на други ЧМН.

4. Изразена дизартрия или друг изразен дефицит (лицева диплегия или офталмоплегия)

5. Невъзможност за гълтане или анартрия.

V. Неизвестно.

Д. Сетивни функции.

0. Нормални.

1. Снижен двумерно - пространствен или вибрационен усет само в един или два крайника.

2. Намален ставно - мускулен или дискриминационен усет в един или два крайника или снижен вибрационен усет в три или четири крайника.

3. Умерено намалена сетивност за допир и болка, и/или загуба на вибрационната сетивност за един или два крайника; или друга комбинация от симптоми – лека хипестезия за допир и болка и/или умерено намаление за всички проприоцептивни тестове в три или четири крайника.

4. Забележително намалена сетивност за допир и болка или загуба на проприоцептивната сетивност, самостоятелно или комбинирано, в един или два крайника; или друга комбинация от симптоми – умерено намалена сетивност за допир и болка и/или силно намалена проприоцептивна сетивност в повече от два крайника.

5. Загуба на сетивност в един или два крайника; или друга комбинация от симптоми – умерено намаление на сетивността за допир и болка и/или загуба на проприоцептивната сетивност за по - голямата част от тялото без главата.

6. Аналгезия и анестезия до шията.

V. Неизвестно.

Е. Тазоворезервоарни функции.

0. Нормални.

1. Лека неувереност, императивност, рядко ретенция.

2. Умерена неувереност, императивност, ретенция или рядко инконтиненция на урината.

3. Честа инконтиненция.

4. Необходимост от почти непрекъсната катетеризация.

5. Загуба на контрол върху пикочния мехур.

6. Загуба на контрол върху пикочния мехур и ректума.

V. Неизвестни.

Ф. Зрителни функции.

0. Нормални.

1. Скотом със запазен визус до 20/30.

2. Скотом и максимална зрителна острота в по - увреденото око (коригирана) от 20/30 до 20/59.

3. Голям скотом в по - увреденото око или умерено намаление на зрителните полета, но с максимална (коригирана) зрителна острота от 20/60 до 20/99.

4. По - увреденото око е с изразено намаление на зрителното поле и с максимална (коригирана) зрителна острота от 20/100 до 20/200; измененията в степен 3 плюс максимална зрителна острота в по - слабо засегнатото око 20/60 или по - малка.

5. По - увреденото око е с максимална (коригирана) зрителна острота под 20/200; измененията, означени в степен 4 плюс максимална зрителна острота на по - запазеното око 20/60 или по - ниска.

6. Измененията, означени в степен 5 плюс максимална зрителна острота в по - запазеното око 20/60 или по - ниска.

V. Неизвестно.

X. Прибавя се към степените от 0 до 6 при наличието на темпорално побледняване на папилите.

Г. Психични функции.

0. Нормални.

1. Промени в настроението (еуфория или депресия).

2. Леко спадане на мисловните процеси по отношение на абстракции или математически операции.

3. Умерено снижение на паметта, нарушение в съжденията и умозаклученията.

4. По - тежко психическо нарушение с известна дезориентация.

5. Деменция.

V. Неизвестни.

Н. Други функции.

0. Няма нарушения.

1. Има някаква друга находка – определя се каква.

V. Неизвестни.

СКАЛА ЗА ОТЧИТАНЕ НА ОБЩИЯ ФУНКЦИОНАЛЕН ДЕФИЦИТ ПО J.F. KURTZKE (1983)

0. Нормален неврологичен статус (всички функционални системи са на степен 0) възможни са “Психични функции” на степен 1.

1. Липсва функционален дефицит, минимални белези в една функционална система (ФС) (Една функционална система е на степен 1, със или без “Психични функции” на степен 1, останалите системи на степен 0).

1.5. Липсва функционален дефицит, минимални белези в повече от една ФС (повече от една функционална система е на степен 1; със или без “Психични функции” на степен 1).

2. Минимален функционален дефицит в една ФС (една функционална система е на степен 2, другите са на степен 0 или 1).

2.5. Минимален функционален дефицит в две ФС (две функционални системи са на степен 2, другите са на степен 0 или 1).

3. Умерен функционален дефицит в една ФС (една функционална система на степен 3, другите са на степен 0 или 1); или лек функционален дефицит в три или четири ФС (три/четири функционални системи на степен 2, другите на 0 или 1), пациентът е напълно подвижен.

3.5. Напълно подвижен, но с умерен функционален дефицит в една ФС (една функционална система е на степен 3) и една или две ФС на степен 2; или две ФС на степен 3; или 5 ФС на степен 2 (останалите са на степен 0 или 1).

4. Относително тежък дефицит, макар че пациентът е напълно подвижен способен да се самообслужва и е на крака 12 часа от денонощието (тежка инвалидизация, съответстваща на една функционална система на степен 4, другите са на степен 0 или 1) или комбинация от ФС на по - малки степени, превишаваща степен 3.5 по скалата. Способен да ходи 500 м без чужда помощ или почивка.

4.5. Напълно подвижен без чужда помощ, движи се изправен през по-голямата част от деня, способен да работи през целия ден (сравнително тежка инвалидизация, съответстваща на една функционална система на степен 4, другите са на степен 0 или 1) или комбинация от ФС на по-малки степени, превишаваща степен 4 по скалата. Способен да ходи 300 м без чужда помощ или почивка.

5. Подвижен, без чужда помощ или почивка до 200 м, тежка инвалидизация, достатъчна да смути сериозно ежедневиите дейности (една функционална система на степен 5, другите са на степен 0 или 1; или комбинация от ФС на по-малки степени, превишаваща степен 4 по скалата).

5.5. Подвижен без помощ или почивка до 100 м. Половината от деня може да работи, но при специални условия (една функционална система на степен 5, другите са на степен 0 или 1; или комбинация от ФС на по-малки степени, превишаваща степен 4 по скалата).

6. Ходенето е с едностранно постоянно подпомагане с бастун или патерица, или с двустранно непостоянно подпомагане и е възможно до 100 м със или без почивка (повече от две функционални системи са на степен 3+).

6.5. Ходенето при постоянно двустранно подпомагане с бастун или патерица е възможно до 20 м без почивка (повече от две функционални системи са на степен 3+).

7. Неспособен да ходи повече от 5 м, дори с помощ; по същество ограничен на стандартен инвалиден стол; сам се прехвърля на него и сам се движи с него около 12 часа

дневно (комбинация от повече от една функционална система на степен 4+, много рядко само "Пирамидна система" на степен 5).

7.5. Неспособен да направи повече от няколко крачки, прикован на стандартен инвалиден стол, необходима е помощ за прехвърлянето на него; трудно се придвижва, трябва да се използва механизирана количка (с електродвигател или друг с вид задвижване); (комбинация от повече от една функционална система на степен 4+).

8. Ограничен на легло, стол или механизирана количка, може да движи крайниците си и ефективно да използва ръцете (комбинация от няколко функционални системи на степен 4+).

8.5. Прикован на легло, извършва минимални движения с ръцете (комбинация от няколко функционални системи на степен 4+).

9. Напълно безпомощен пациент на легло, може само да комуникира и да преглъща (комбинация от функционални системи на степен 4+).

9.5. Пациентът е напълно безпомощен, неспособен да комуникира и да преглъща добре (почти всички системи са на степен 4+).

10. Смърт от МС.

Оценка по скалата на Куртцке:.....

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА/ОНМ.

Диагнозата множествена склероза се поставя на базата на анамнестичните данни, неврологичния статус (най-често комбинация на пирамидни, координационни, стволони и зрителни и други увреждания) и проведените параклинични изследвания и консултации (офтальмолог, отоневролог, евокирани потенциали, МРТ, компютърна томография, ликворни, серологични и имунологични изследвания).

Необходимо е от диференцирането ѝ от други демиелинизиращи заболявания (остър дисеминиран енцефаломиелит и др.); болести, наподобяващи МС клинично (грануломатоза на Вегенер, малформация на Арнолд-Чиари, интракраниални тумори); болести, наподобяващи МС клинично и с МРТ (церебрално засягане при СПИН, митохондриална енцефалопатия, цереброваскуларни заболявания, спиноцеребеларни дегенерации и др.); болести, наподобяващи МС клинично, с МРТ и ликвор (системен лупус еритематодес, първичен синдром на Сьогрен, болест на Бехчет, невроборелиоза, саркоидоза, адренолевкодистрофия).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно от следните условия:

- уточняване на диагнозата;
- завършен курс на лечение при остър пристъп;
- изпълнен етап на терапевтичната схема за инфузия на лекарствени продукти, променящи хода на заболяването.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Множествената склероза (МС) е едно от най-честите заболявания на централната нервна система (ЦНС), засягащо както млади, така и по-възрастни хора. МС е хронично заболяване на бялото вещество на ЦНС. Тя засяга относително по-често жените. Заболяването има неравномерно разпределение в света. Има страни, в които болестта е непозната, а в други нейната честота надвишава 100/100 000 население. В България последните проучвания показват силно завишаване честотата на МС (44.5/100 000), което ни причислява към високо рисковите зони, каквато е европейския континент.

Симптомите на МС са разнородни и съответстват на различните места на засягане на ЦНС. Могат да се появят: нарушение на зрението (замъгляване пред очите), симптоми от страна на усета за допир, болки и неприятни сетивни усещания, нарушено равновесие и координация, загуба на сила в мускулите на ръцете и краката, уморяемост, промени в настроението и др.

Освен клиничната преценка на специалиста невролог за поставяне на диагнозата МС е необходимо провеждането на специфични изследвания (МРТ, лумбална пункция, евокирани потенциали и др.), които трябва да бъдат последователно осъществени в болнична обстановка.

От казаното до тук се вижда, че при съмнение за МС, както и при влошаване състоянието на вече диагностициран болен с това заболяване, е необходим неотложен преглед от специалист невролог или общопрактикуващ лекар. При установяване на клинични белези на МС е желателно в най-кратки срокове да се осъществи диагностично уточняване или да бъде овладян пристъпът на влошаване на заболяването (ако такъв е регистриран). И в двата случая е необходимо постъпване в болнично заведение (специализирано неврологично отделение).

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия личен лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение, информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

Оптичният невромиелит (ОНМ) е рядко срещано възпалително, демиелинизиращо, автоимунно заболяване на ЦНС. Характеризира се с тежко повтарящо се увреждане на зрителния нерв, гръбначния мозък и в по-малка степен на други участъци на мозъка. Дори единичен пристъп може да предизвика тежка инвалидизация. Среща се 0.05–13/ 100 000 души, 9 пъти по-често при жени, отколкото мъже. Симптоми, като загуба на зрението, слабост в крайниците, болка, умора, изпускане по малка и голяма нужда водят до силно влошаване на качеството на живот. Наблюдава се във всяка възраст, но най-често началото е около 40г.

Освен клиничната преценка на специалиста невролог за поставяне на диагнозата ОНМ е необходимо провеждането на специфични изследвания (МРТ, специфични антитела в

серума, лумбална пункция, евокирани потенциали и др.), които трябва да бъдат осъществени в последователност и обем спрямо решението на невролога във всеки конкретен случай за потвърждаване на диагнозата.

При съмнение за ОНМ, както и при влошаване състоянието на вече диагностициран болен с това заболяване, е необходим неотложен преглед от специалист невролог или общопрактикуващ лекар. При установяване на клинични белези е желателно в най-кратки срокове да се осъществи диагностично уточняване или да бъде овладян пристъпът на влошаване на заболяването (ако такъв е регистриран). Индавлидизацията е свързана изключително с появата на пристъпи. И в двата случая е необходимо постъпване в болнично заведение (специализирано неврологично отделение). В повечето случаи се налага дългосрочна имунопрофилактика в извънпристъпния период.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия личен лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение, информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 62 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ И ЕПИЛЕПТИЧНИ ПРИСТЪПИ

КП № 62.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ И ЕПИЛЕПТИЧНИ ПРИСТЪПИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Епилепсия

Не включва:

синдром на Landau-Kleffner (F80.3)
конвулсивен припадък БДУ (R56.8)
епилептичен статус (G41.—)
парализа на Todd (G83.8)

G40.0 Локализирана (фокална) (парциална) идиопатична епилепсия и епилептични синдроми с тонично-клонични припадъци с фокално начало

Доброкачествена детска епилепсия с пикове в ЕЕГ в центротемпоралната област
Детска епилепсия с пароксизмална активност в ЕЕГ в окципиталната област

G40.1 Локализирана (фокална) (парциална) симптоматична епилепсия и епилептични синдроми с обикновени парциални припадъци

Пристъпи без промяна в съзнанието
Обикновени парциални пристъпи, преминаващи във вторично генерализирани припадъци

G40.2 Локализирана (фокална) (парциална) симптоматична епилепсия и епилептични синдроми с комплексни парциални конвулсивни припадъци

Пристъпи с промени в съзнанието, често с епилептичен автоматизъм
Комплексни парциални пристъпи, преминаващи във вторично генерализирани припадъци

G40.3 Генерализирана идиопатична епилепсия и епилептични синдроми

Доброкачествена(-и):

- миоклонична епилепсия в ранна детска възраст
- неонатални припадъци (фамилни)

Детски епилептични абсанси [пикнолепися]

Епилепсия с големи конвулсивни припадъци [grand mal] при събуждане

Юношеска:

- абсанс-епилепсия
- миоклонична епилепсия [импулсивен малък припадък, petit mal]

Неспецифични епилептични припадъци:

- атонични
- клонични
- миоклонични
- тонични
- тонично-клонични

G40.4 Други видове генерализирана епилепсия и епилептични синдроми

Епилепсия с:

- миоклонични абсанси
- миоклонично-астатични припадъци

Детски спазми

Синдром на Lennox-Gastaut

Салаамови тикове

Симптоматична ранна миоклонична енцефалопатия

Синдром на West

G40.5 Специални епилептични синдроми

Частична непрекъсната епилепсия [Kozevnikov]

Епилептични припадъци, свързани с:

- употреба на алкохол
- приемане на лекарствени средства
- хормонални изменения
- лишаване от сън
- въздействие на стресови фактори

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G40.6 Grand mal припадъци (с малки припадъци [petit mal] или без тях), неуточнени

G40.7 Малки припадъци [petit mal], без припадъци grand mal, неуточнени

G40.8 Други уточнени форми на епилепсия

Епилепсия и епилептични синдроми, неопределени като фокални или генерализирани

Гърчове, неклассифицирани другаде

Не включва:

гърчове и пароксизмални пристъпи (при):

- дисоциативни (F44.5)
- епилепсия (G40—G41)
- новородено (P90)

R56.8 Други и неуточнени гърчове

Пароксизмален пристъп (двигателен) БДУ

Припадък (с гърчове) БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

<i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])	
55032-00	Ултразвук на шия <i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
Изследване на евокирани отговори на централна нервна система	
<i>Включва:</i> такава чрез компютризирано усреднени техники <i>Забележка:</i> Едно изследване – един стимул в една точка Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране <i>Не включва:</i> такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])	
11024-00	Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания
11027-00	Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания
1828	Изследване на съня
12203-00	Полисомнография Полисомнография при изследване на сънна апнея <i>Забележка:</i> Изследване на сънна апнея – включва продължително мониториране на кислородна сатурация и дишане, използвайки многоканален полиграф (полисомнограф), и записи на ЕЕГ, ЕОГ, субментално ЕМГ, предно тибиялно респираторно движение, въздушен поток, кислородна сатурация и ECG
92011-00	Видео и радио-телеметричен електроенцефалографски [ЕЕГ] мониторинг <i>Забележка:</i> Само при назначено мониториране □ 24 часа
1934	Други лабораторни изследвания
92182-07	Общо изследване на ликвор Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити
1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC по преценка:
91910-08	Изследване на време на кръвене по преценка:
91913-04	Изследване на време на съсирване по преценка:
91910-09	Изследване на протромбиново време по преценка:
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT) по преценка:
91910-11	Изследване на фибриноген по преценка:

91910-40 Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
по преценка:
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (от които едната задължително е 11000-00 Електроенцефалография или 92011-00 Видео и телеметричен електроенцефалографски ЕЕГ мониторинг и една основна терапевтична процедура, включваща основно приложение на противоепилептичен препарат, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Допуска се неврологично отделение/клиника от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво съгласно медицински стандарт по „Нервни болести“, с изключение на изискванията за персонал, при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

1. 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 неврология
2. Клинична лаборатория II ниво *
3. Кабинет (апарат) за доплерова сонография (невросонология) или трансфонтанелна ехография
4. ЕЕГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар - специалист по нервни болести: за структури II ниво на компетентност –двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

4.2. За ЕЕГ: невролог, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт по „Нервни болести”).

4.3. За Доплерова сонография (невросонология): невролог, с допълнителна квалификация за извършване на доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт по „Нервни болести”).

4.4. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- новооткрита епилепсия и чести епилептични припадъци;
- новооткрита епилепсия в детска възраст, налагаща невроизобразяващи изследвания и ЕЕГ под наркоза;
- бременни жени с епилепсия за терапевтично уточняване;
- серийни припадъци; болни с тежки форми с множествени полиморфни припадъци, прогресиращи форми, неклассифицирани форми, и с усложнения;
- зачестяване на припадъците и неповлияване от лечението, което налага специализирани изследвания с оглед симптоматична епилепсия;
- болни с епилепсия и странични реакции от антиепилептичното лечение;
- прогресиращ неврологичен дефицит и/или развитие на деменция с оглед редиагностициране на етиологията;
- болни с неповлияване от амбулаторното лечение, вкл. и с "новите" антиепилептични медикаменти (АЕМ), с епилептични статуси в анамнезата, при които се налага смяна на лечението в болнични условия;
- за специализирани изследвания с оглед предстоящо неврохирургично лечение на епилепсията;
- абсансен епилептичен статус и електричен статус по време на сън.
- Диагностика и лечение на епилептични пристъпи в хода на възможно остро разстройство на мозъчните структури и метаболизъм (травма, инсулт, интоксикация, абстиненция, аноксия).
- Диагностика и лечение при необходимост от диференциране на псевдоепилептични пристъпи от епилептичните (напр. психогенни от комплексни парциални при темпорално-дялова или фронтално-дялова епилепсия).
- Експертиза с оглед уточняване на диагнозата, при което може да се наложи спиране на лечението под лекарски контрол.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При наличие на припадъци диагностичният процес в болничното заведение включва поставяне на диагнозата чрез характеризиране на припадъците и определяне на тяхната причина. Епилептичните припадъци при **епилепсия** или при **остри разстройства на мозъчните структури и метаболизъм** (травми, инсулти, дисметаболични състояния, интоксикация с медикаменти, внезапно преустановяване на лечение, алкохол и алкохолна абстиненция и др.), както и **фебрилните конвулсии** се разграничават от неепилептичните: **неепилептични пароксизмални състояния** (синкопи, мигрена, преходни исхемични състояния, двигателни разстройства, нарушения на съня, панически атаки и др.), **аноксични припадъци; псевдоепилептични припадъци**. Задача на хоспитализацията е изясняване на **етиологията на заболяването** с приложението на невроизобразяващи техники, лабораторни, метаболитни, генетични и други целенасочени изследвания.

Диагнозата “ЕПИЛЕПСИЯ” се поставя при наличие най-малко на два непровокирани епилептични пристъпа. Определя се **вида на епилептичния пристъп** (според Международната класификация на епилептичните пристъпи) с оценка и на ЕЕГ характеристиката (ЕЕГ, видео-ЕЕГ с документиран запис), класифицира се **епилептичният синдром** (според Международната класификация на синдромите). Хоспитализацията цели етиологично уточняване, лечение и определяне на терапевтична стратегия при болните с епилепсия.

Диагностичното уточняване на епилепсията в болнични условия е необходимо при особени групи пациенти (деца, бременни, пациенти с интелектуален дефицит), както и при редиагностициране при прогресия на неврологичния и психичен дефицит, при неконтролирани припадъци.

Терапевтична корекция в болнични условия се налага при чести неконтролирани епилептични припадъци, терапевтично-резистентни епилепсии. **“Терапевтично резистентните епилепсии”** протичат с чести и тежки пристъпи (увредено съзнание, контузии, пролонгирана постиктална дисфункция), при които е неефективно лечението с 2 АЕМ, адекватните за типа пристъпи, (т.е. не се контролират от специалистите-невролози в ИМП помощ).

Задължителни диагностични методи:

ЕЕГ или ЕЕГ-мониторинг, КТ (нативен или с контраст) и/или МРТ; изследвания за уточняване на чернодробните и бъбречни функции, изследване на серумни нива на АЕМ – (при прием на валпроат, карбамазепин и фенитоин) – според Консенсуса за диагностика и лечение на епилепсията.

При парциални пристъпи - и доплерова сонография, магнитно-резонансна ангиография, мозъчна ангиография при необходимост.

Допълнителни диагностични методи (при необходимост): мозъчна ангиография; ликворни изследвания, вирусологични изследвания, генетични изследвания; мозъчна или мускулна биопсия.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА

Спазват се основните принципи: лечението започва при *сигурна диагноза* с *монотерапия с антиепилептичен медикамент (АЕМ) от първи ред*, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания; ефектът се контролира според клиничните симптоми (честотата и тежестта на пристъпите) и с ЕЕГ; преценява се ползата и рисковете от продължителния прием на АЕМ при конкретния болен. Цел на лечението е контрол на припадъците при минимален страничен ефект на АЕМ и постигане на възможно най-добро качество на живот.

Антиепилептични медикаменти. Прилагат се като монотерапия или рационална политерапия, адекватно на типа на епилепсията, на типа на припадъците, възрастта, теглото на пациента и придружаващите соматични заболявания (чернодробни, бъбречни, кръвни и т.н.).

НАЧАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА

МОНОТЕРАПИЯ - с медикамент от първи избор, съобразно типа на епилепсията и типа припадъци. **МЕДИКАМЕНТИ НА ПЪРВИ ИЗБОР** за всички епилепсии - генерализирани или парциални, са Valproate или Carbamazepine, а при ГТКП и Phenytoin. При липса на ефект от лечението, непоносимост или странични реакции се преминава към **II МОНОТЕРАПИЯ**.

При пациенти с повече от един тип пристъпи (наличие и на абсанси, атонични и миоклонични пристъпи), средства на първи избор са широкоспектърни медикаменти, които могат да се прилагат като **монотерапия при специални състояния** (детско-юношеска възраст, млади жени и бременни, когнитивен дефицит).

ПОЛИТЕРАПИЯ - при **неповлияващи се болни от монотерапия с 2 АЕМ** - чести, тежки парциални пристъпи, полиморфни пристъпи, специфични синдроми и епилептични енцефалопатии (темпорално-дялова епилепсия при мезиотемпорална склероза, тежката миоклонична епилепсия, синдромът на West, синдромът на Lennox-Gastaut). При **РАЦИОНАЛНА ПОЛИТЕРАПИЯ** се използват комбинации от медикаменти с различен механизъм на действие. **Новите АЕМ** се прилагат като **добавена терапия** при генерализирани и парциални пристъпи и при изявени странични ефекти, органна недостатъчност и при особени състояния - бременност, интелектуален дефицит, старческа възраст.

Таблица № 1 Антиепилептични медикаменти за лечение на епилепсиите (синдромите) и епилептичните пристъпи

Вид епилепсия (синдром) епилептични пристъпи	I избор Монотерапия	Алтернативна монотерапия или политерапия
Първично-генерализирани (идиопатични/генетични) епилепсии/ генерализирани припадъци		
Тонично-клонични припадъци	CBZ, PHT, VPA	CZP, LTG, LEV, OxCBZ, PB, TGB, TPM
Атонични пристъпи	VPA	LTG, CZP
Абсанси	VPA, ESM	CZP, LTG, TPM
миоклонични пристъпи	VPA	CZP, ESM, LTG, LEV, TPM, Кортикостероиди
Ювенилна миоклонична епилепсия	VPA	CZP, ESM, LTG, LEV, TPM
Фокални епилепсии / фокални епилептични пристъпи		
Фокални пристъпи	CBZ, VPA	CZP, GBP, LCM, LTG, LEV, OxCBZ, PB, PHT, PGB, TGB, TPM, BRV
Вторично –генерализирани пристъпи	CBZ, PHT, VPA	GBP, LTG, LCM, LEV, OxCBZ, PB, PHT, PGB, TGB, TPM, BRV
Идиопатични фокални (Роландова и окципитални)	CBZ, VPA, OxCBZ	CZP, GBP, LTG, LEV

Епилептични енцефалопатии		
Синдром на West	ACTH, VPA	CZP, LTG, TPM,
Синдром на Lennox-Gastaut	LTG, TPM, VPA	CBZ, CZP, PB, PHT
Синдром на Dravet (SMEI)	VPA, TPM	LEV
Епилептична енцефалопатия с CSWS или електричен статус по време на бавновълнов сън (ESES)	VPA, ESM	LEV, бензодиазепини, кортикостероиди

- АЕМ, разрешени за монотерапия и допълваща терапия: **CBZ, CZP, ESM, GBP** (над 12 г. моно-, над 3 г. политерапия), **LTG** (над 2 г.), **LEV** (над 16 г.- монотерапия, над 1 месец-политерапия), **LCM** (над 16 г.), **OxCBZ, PHT, PB, TPM** (над 2 г.), **VPA**
- АЕМ разрешени само за допълваща терапия: **PGB** (над 18 г.); **TGB** (над 12 г.), при които други подходящи лекарствени комбинации са се оказали незадоволителни или не са поносими
- Класически АЕМ: **CBZ** - carbamazepine; **CZP**-clonazepam; **ESM** – ethosuximide; **PHT**-phenytoin; **PB**-phenobarbital; **VPA**-valproate
- Нови АЕМ: **GBP**- gabapentin; **LTG** - lamotrigine; **LCM** – lacosamide; **LEV**-levetiracetam; **OxCBZ** - oxcarbazepine; **PGB** – pregabalin; **TGB** - tiagabine; **TPM** – topiramate;

Таблица № 2 Видове и дозиране на антиепилептичните медикаменти

Международно непатентно име (INN)	ДЕЦА		ВЪЗРАСТНИ		
	Начална дневна доза (mg/kg)	Оптимал-на дневна доза (mg/kg)	Начална дневна доза (mg)	Оптимална дневна доза (mg)	Максимална дневна доза (mg)
Valproic acid	10-20	10-50	500	1000-2000	2100
Carbamazepine	5	10-30	200	600-1200	1600
Oxcarbazepine	10	30-40	300-600	900-2400	2400
Phenytoin	3-4	4-8	100	300-400	500
Phenobarbital	2	2-5	60	90-250	600
Clonazepam	0,01	0,01-0,02– 0,1-0,2	0,5	2-6	8
Lamotrigine	0,6 с ензимни индуктори 0,15 при VPA 0,3 при монотерапия	5-15 с ензимни индуктори 5 с VPA 15 при монотерапия	50 с ензимни индуктори 12,5 с VPA 25 при монотерапия	500-600 при енз. индуктор 300-400 при VPA 500 при монотерапия	700 при монотерапия
Topiramate	0,5-1,0	5-9	25	200-400	500
Levetiracetam	10	40	1000	2000-3000	3000
Tiagabine	0,1	1	5–10	60	70

Gabapentin	След 6 г. 10-15	30-35	300	1200-1800- 3600	3600
Pregabalin	-	-	150	450-600	600
Lacosamide	След 16 г. 100 mg/дн.	200-400 mg/дн.	100	200-400	600 при монотерапия, 400 при допълваща терапия
Ethosuximide	10	40	500	1500	2000
Retigabine	-	-	300	600-1200	1200
Eslicarbazepine	-	-	400	800	1200

Таблица № 3 Възможно влошаване на епилептичните синдроми от АЕМ

АЕМ	Синдром	Възможно влошаване
Carbamazepine	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Ювенилна миоклонична епилепсия Прогресивна миоклонична епилепсия Роландова епилепсия Детска окципитална епилепсия Симптоматични генерализирани епилепсии Синдром на Angelman Синдром на Landau-Kleffner 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси, миоклонии Миоклонични пристъпи Миоклонус CSWS ГТКП - рядко Фокални пристъпи - рядко Тонични пристъпи Атонични пристъпи
Oxcarbazepine	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Ювенилна миоклонична епилепсия Роландова епилепсия 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Миоклонии Фокални пристъпи
Phenytoin	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Прогресивна миоклонична епилепсия Ювенилна миоклонична епилепсия Синдром на Landau-Kleffner 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Церебеларен синдром Миоклонични пристъпи Фокални пристъпи - рядко ГТКП
Phenobarbital	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Роландова епилепсия Синдром на Lennox-Gastaut 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси (при високи дози) Миоклонични пристъпи
Valproate (рядко)	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Единични случаи при епилепсия с миоклонус и криптогенна фокална епилепсия 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Миоклонични пристъпи Фокални ГТКП
Ethosuximide	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Епилепсия с миоклонус 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Миоклонични пристъпи

АЕМ	Синдром	Възможно влошаване
	<ul style="list-style-type: none"> • Епилепсия с ГТКП 	<ul style="list-style-type: none"> • ГТКП
Бензодиазепини	<ul style="list-style-type: none"> • Синдром на Lennox-Gastaut 	<ul style="list-style-type: none"> • Тонични пристъпи • Абсанси • Миоклонични пристъпи
Gabapentin	<ul style="list-style-type: none"> • Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус • Синдром на Lennox-Gastaut 	<ul style="list-style-type: none"> • Абсанси • Миоклонус
Lamotrigine	<ul style="list-style-type: none"> • Ранна тежка миоклонична епилепсия • Ювенилна миоклонична епилепсия • Роландова епилепсия 	<ul style="list-style-type: none"> • При високи дози • Миоклонични пристъпи
Topiramate	<ul style="list-style-type: none"> • Абсансна епилепсия 	<ul style="list-style-type: none"> • Абсанси
Tiagabine	<ul style="list-style-type: none"> • Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус 	<ul style="list-style-type: none"> • Абсанси • Миоклонични пристъпи • Фокални • ГТКП
Levetiracetam	<ul style="list-style-type: none"> • Ювенилна миоклонична епилепсия • Абсансна епилепсия • Синдром на Lennox-Gastaut • Синдром на Dravet 	<ul style="list-style-type: none"> • Абсанси • Миоклонични пристъпи • Фокални • ГТКП
Pregabalin	<ul style="list-style-type: none"> • Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус 	<ul style="list-style-type: none"> • Абсанси • Миоклонични пристъпи
Lacosamide	<ul style="list-style-type: none"> • Синдром на Lennox-Gastaut 	<ul style="list-style-type: none"> • Атипични абсанси • ГТКП

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:
- приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план;
- подобряване на епилептичния синдром и общото състояние. Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Припадъците могат да бъдат епилептични при епилепсия или при остри разстройства на структурата и метаболизма на мозъка, и неепилептични (психогенни или при други заболявания, като разстройства на съня, синкопи).

За точното определяне на типа на припадъците, поставяне на диагнозата, според изброените по-горе възможности, и съответно лечение, са необходими целенасочени изследвания и консултации:

- ЕЕГ;
- компютърна томография, включително с контраст;
- магнитно-резонансна томография;
- доплерова сонография;
- ангиография при необходимост;
- ЕКГ; ЕКГ- 24-часово мониториране;
- вегетологични изследвания, проби с натоварване;
- биохимични изследвания на кръв и урина;
- хормонални изследвания (при необходимост)
- серумни нива на антиконвулсанти;
- генетични изследвания;
- консултации с офталмолог, с интернист/кардиолог, с психолог;
- консултации с психиатър (при необходимост), с неврохирург (при необходимост), с инфекционист (при необходимост), с токсиколог (при необходимост).

Епилепсията е заболяване с епизодично нарушение във функциите на ЦНС, което се характеризира с конвулсивни (гърчови) или неконвулсивни (негърчови) клинични прояви, причинено от съчетанието на вродени и придобити промени в нервната система. Дължи се на свръхмерни, внезапни и преходни разряди на нервни клетки и възникване на епилептични припадъци. Видът на припадъка зависи от местоположението на възбудените нервни клетки в мозъка и разпространението на възбудния процес. *Като хронично неврологично заболяване диагноза епилепсия се поставя при наличие най-малко на два спонтанни епилептични припадъка.* Един припадък не е епилепсия; остро провокиран припадък или припадъци, възникнали при висока температура в детска възраст, след безсънни нощи, при нарушение на метаболизма, алкохолна или медикаментозна злоупотреба, мозъчен инсулт, тежка черепно-мозъчна травма, също не са епилепсия. Епилептичният припадък е основна изява на заболяването. Той се проявява стереотипно с двигателни, сетивни, вегетативни или психични прояви, като съзнанието може да е променено. Припадъците започват внезапно и най-често спонтанно прекъсват. Могат да бъдат последвани от сънливост и объркване. Думата “припадък” често се употребява и за други състояния, като синкоп, психогенни или нервни кризи, нощни страхове и др. Налице е явна зависимост между честотата на епилепсията и възрастта на пациента. Най-често епилепсията възниква в детска и юношеска възраст, като честотата отново се увеличава след 50 годишна възраст във връзка със зачестяване на симптомната епилепсия (при мозъчно-съдова болест, тумори на централната нервна система и др.). Епилептичните припадъци се разделят на:

1. Парциални (огнищни) - свързани с начало на разряда от определена група неврони в мозъчната кора – най-често от слепоочната кора или от челната кора. При парциалните прости припадъци съзнанието е запазено, докато при парциалните комплексни то е променено. Тези припадъци могат да прераснат в големи тонично-клонични припадъци.

2. Първично-генерализирани припадъци - симетрични двустранно и без огнищно начало и със загуба на съзнание. Те могат да бъдат *конвулсивни и неконвулсивни.*

Генерализираните тонично-клонични припадъци са известни като „големи припадъци“ (*grand mal*). При тях пациентите внезапно падат, крайниците им ритмично потрепват, дишането е затруднено, може да се прехапе езика или да има изпускане по нужда, цветът на лицето е блед до леко посиняване около устата. *Малките припадъци (абсанси)* протичат без гърчове, без падане, само с краткотрайно изключване на съзнанието, втрещване на погледа или примигване. Започват най-често в детска възраст (3 - 8 г.). При атоничните пристъпи болните могат внезапно да паднат и бързо се изправят.

Съвременните изследвания позволяват изясняване на механизмите, диференциране на разрядите и вида на припадъците, уточняване на причините, протичането на заболяването и евентуалните усложнения, и са необходима база за изработване на индивидуална терапевтична програма. Разграничават се леки и тежки форми, доброкачествени и прогресиращо протичащи, лечими и резистентни на лечение. Основно изследване е ЕЕГ (електроенцефалография), което е безвредно и позволява уточняване на диагнозата и контрол на провежданото лечение. Дава информация за функционалното състояние на централната нервна система. Невроизобразяващите методики - компютърна томография на мозъка и магнитно-резонансните техники са необходими за уточняване на структурни увреди в главния мозък. Сериозно усложнение на епилепсията е епилептичният статус – характеризира се с припадък или серия от припадъци с продължителност над 30 мин. Като заплашващо живота състояние, епилептичният статус във всички случаи налага болнично лечение по спешност – в неврологична клиника с легла за интензивно лечение и реанимация или в ОАРИЛ. В последните години намалява честотата на епилептичните статуси поради по-добрата диагностика и лечение на епилепсията.

Прогнозата за контрол на припадъците е добра. При 70-80% от пациентите с епилепсия припадъците се преустановяват, при около 50% - трайно и след преустановяването на лечението. При около 20% припадъците се повтарят и лечението е по-трудно. Това са обикновено случаи с повече от един вид припадъци, при симптомни епилепсии, при неврологични или психични нарушения.

Лечението се провежда от специалист невролог или невролог, специализиран за детската възраст (педиатър с неврологична насоченост). Съществуват десетки медикаменти с различни механизми на действие. Лечението се провежда продължително, с редовен прием на медикаменти, най-малко 2 г. след последния припадък. Прекъсва се само от лекуващия лекар, по определена схема с много бавно постепенно намаляване на дозировките при контрол на ЕЕГ. При някои доброкачествени форми на епилепсия, при много редки, нощни припадъци, след обсъждане с пациента или родителите може да се прецени да не се провежда лечение.

Фактори, които могат да причинят зачестяване на припадъците са: употреба на алкохол, недостиг на сън, трепкаща светлина (дискотеки, телевизия, компютърни игри), менструация, внезапно прекратяване на лечението.

Съществуват ограничения за някои професии (работа на височина, близо до огън, с небезопасни машини, отровни и запалителни материали, оръжия). Неподходящи професии са: пилоти, пожарникари, водачи на моторни превозни средства и др. Може да се спортува, без някои определени спортове като алпинизъм, подводен спорт, бокс, карате, ветроходство, парашутизъм, стрелба. Къпане с душ е за предпочитане пред това във вана, плуването да бъде винаги с придружител. Не е желателно излагане на слънце, сауни, термални бани. Децата с добър контрол на припадъците посещават общообразователните училища. В периода на активно лечение се отлагат имунизациите за дифтерия-тетанус-коклюш (но не и дифтерия-тетанус!). Ограничаването на телевизия, компютърни игри, посещение на дискотеки зависи от формата на епилепсията. Според закона у нас, по време на активна епилепсия и лечение с антиепилептични средства, пациентът няма право да шофира. Управлението на МПС е допустимо 3-6 мес. след единичен припадък при неврологично здрави индивиди, 6 мес. след единичен припадък, съпътстващ инсулт или

неврохирургична интервенция, анамнеза над 5 г. само за нощни припадъци, 2 г. период на лечение без припадъци.

Организация на лечението на болните с епилепсия:

Личният лекар осъществява преглед, назначава изследване на кръв, насочва за консултация с невролог (за детска възраст - невролог, или педиатър със специализация по детска неврология). Специалистът невролог след преценка на изследванията и консултациите, назначени от него при необходимост, диагностицира заболяването и провежда лечението амбулаторно.

При необходимост от спешно болнично лечение - епилептичен статус, чести, тежки епилептични припадъци, припадъци при висока температура, пряко или чрез ЦСМП, се осигурява лечение в специализирано неврологично отделение. При необходима планова хоспитализация, специалистът невролог насочва с подготвените от него документи. При болничното лечение на епилепсията специалистът - невролог осъществява преглед и насочване за изследвания: ЕЕГ, КТ на главен мозък, МРТ, ЕКГ, изследване на очни дъна и др. при необходимост, което ще даде информация за вида на припадъка и неговите причини. Назначава се режим, намаляващ рисковете от повторни припадъци; осъществява се динамично наблюдение на пациента от лекуващия и дежурния екип; проследяват се динамично лабораторните показатели и функционалните изследвания - кръвна картина, показатели на дихателната, сърдечно-съдовата, чернодробната и бъбречната функция, серумните нива на медикаментите. Провежда се противоепилептично лечение, съобразено с получените показатели, което при необходимост може своевременно да бъде коригирано; своевременно се диагностицират и лекуват настъпили усложнения на заболяването. Провеждат се допълнителни инструментални изследвания - рентгенови, неврофизиологични и др.; при необходимост може да се вземе решение за оперативно лечение в някои случаи на симптомна епилепсия и при неповлияващи се от прилаганото медикаментозно лечение, вкл. със съвременни противоепилептични средства.

КП № 62 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ И ЕПИЛЕПТИЧНИ ПРИСТЪПИ

КП № 62.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ И ЕПИЛЕПТИЧНИ ПРИСТЪПИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Епилепсия

Не включва:

синдром на Landau-Kleffner (F80.3)
конвулсивен припадък БДУ (R56.8)
епилептичен статус (G41.—)
парализа на Todd (G83.8)

G40.0 Локализирана (фокална) (парциална) идиопатична епилепсия и епилептични синдроми с тонично-клонични припадъци с фокално начало

Доброкачествена детска епилепсия с пикове в ЕЕГ в центротемпоралната област
Детска епилепсия с пароксизмална активност в ЕЕГ в окципиталната област

G40.1 Локализирана (фокална) (парциална) симптоматична епилепсия и епилептични синдроми с обикновени парциални припадъци

Пристъпи без промяна в съзнанието
Обикновени парциални пристъпи, преминаващи във вторично генерализирани припадъци

G40.2 Локализирана (фокална) (парциална) симптоматична епилепсия и епилептични синдроми с комплексни парциални конвулсивни припадъци

Пристъпи с промени в съзнанието, често с епилептичен автоматизъм
Комплексни парциални пристъпи, преминаващи във вторично генерализирани припадъци

G40.3 Генерализирана идиопатична епилепсия и епилептични синдроми

Доброкачествена(-и):

- миоклонична епилепсия в ранна детска възраст
- неонатални припадъци (фамилни)

Детски епилептични абсанси [пикнолепися]

Епилепсия с големи конвулсивни припадъци [grand mal] при събуждане

Юношеска:

- абсанс-епилепсия
- миоклонична епилепсия [импулсивен малък припадък, petit mal]

Неспецифични епилептични припадъци:

- атонични
- клонични
- миоклонични
- тонични
- тонично-клонични

G40.4 Други видове генерализирана епилепсия и епилептични синдроми

Епилепсия с:

- миоклонични абсанси
- миоклонично-астатични припадъци

Детски спазми

Синдром на Lennox-Gastaut

Салаамови тикове

Симптоматична ранна миоклонична енцефалопатия

Синдром на West

G40.5 Специални епилептични синдроми

Частична непрекъсната епилепсия [Kozevnikov]

Епилептични припадъци, свързани с:

- употреба на алкохол
- приемане на лекарствени средства
- хормонални изменения
- лишаване от сън
- въздействие на стресови фактори

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G40.6 Grand mal припадъци (с малки припадъци [petit mal] или без тях), неуточнени

G40.7 Малки припадъци [petit mal], без припадъци grand mal, неуточнени

G40.8 Други уточнени форми на епилепсия

Епилепсия и епилептични синдроми, неопределени като фокални или генерализирани

Гърчове, неклассифицирани другаде

Не включва:

гърчове и пароксизмални пристъпи (при):

- дисоциативни (F44.5)
- епилепсия (G40—G41)
- новородено (P90)

R56.8 Други и неуточнени гърчове

Пароксизмален пристъп (двигателен) БДУ

Припадък (с гърчове) БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
 - лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
 - средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
 - орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
 - питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалогграфия

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00	Ултразвук на шия <i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
Изследване на евокирани отговори на централна нервна система	
	<i>Включва:</i> такава чрез компютризирано усреднени техники <i>Забележка:</i> Едно изследване – един стимул в една точка Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране <i>Не включва:</i> такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])
11024-00	Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания
11027-00	Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания
1828	Изследване на съня
12203-00	Полисомнография Полисомнография при изследване на сънна апнея <i>Забележка:</i> Изследване на сънна апнея – включва продължително мониториране на кислородна сатурация и дишане, използвайки многоканален полиграф (полисомнограф), и записи на ЕЕГ, ЕОГ, субментално ЕМГ, предно тибиялно респираторно движение, въздушен поток, кислородна сатурация и ECG
92011-00	Видео и радио-телеметричен електроенцефалографски [ЕЕГ] мониторинг <i>Забележка:</i> Само при назначено мониториране <input type="checkbox"/> 24 часа
1934	Други лабораторни изследвания
92182-07	Общо изследване на ликвор Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити
1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC по преценка:
91910-08	Изследване на време на кръвене по преценка:
91913-04	Изследване на време на съсирване по преценка:
91910-09	Изследване на протромбиново време по преценка:
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT) по преценка:
91910-11	Изследване на фибриноген по преценка:
91910-40	Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране

1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АПАТ
по преценка:	
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>	
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>

96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (от които едната задължително е 11000-00 Електроенцефалография или 92011-00 Видео и телеметричен електроенцефалографски ЕЕГ мониторинг и една основна терапевтична процедура, включваща основно приложение на противоепилептичен препарат, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Педиатрия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“.

Допуска се неврологично отделение/клиника от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво **съгласно медицински стандарт по „Нервни болести“**, с изключение на изискванията за персонал, при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

1. 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 неврология или Клиника/отделение по детска неврология/педиатрия
2. Клинична лаборатория II ниво *
3. Кабинет (апарат) за доплерова сонография (невросонология) или трансфонтанелна ехография
4. ЕЕГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар - специалист по нервни болести: за структури II ниво на компетентност –двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести” за Клиника/отделение по неврология

или

- детски невролог за Клиника/отделение по детска неврология/педиатрия
или невролог, специализирал в областта на детската неврология или работещ в детска неврологична клиника/ отделение

или лекар-специалист по педиатрия, с опит в областта на детската неврология или работещ в детска неврологична клиника/отделение.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

4.2. За ЕЕГ: невролог/детски невролог, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт по „Нервни болести”).

4.3. За Доплерова сонография (невросонология): невролог/детски невролог, с допълнителна квалификация за извършване на доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт по „Нервни болести”).

За трансфонтанелна ехография – лекар със специалност неонатология или детска неврология.

4.4. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- новооткрита епилепсия и чести епилептични припадъци;
- новооткрита епилепсия в детска възраст, налагаща невроизобразяващи изследвания и ЕЕГ под наркоза;
- бременни жени с епилепсия за терапевтично уточняване;
- серийни припадъци; болни с тежки форми с множествени полиморфни припадъци, прогресиращи форми, неклассифицирани форми, и с усложнения;
- зачестяване на припадъците и неповлияване от лечението, което налага специализирани изследвания с оглед симптоматична епилепсия;
- болни с епилепсия и странични реакции от антиепилептичното лечение;
- прогресиращ неврологичен дефицит и/или развитие на деменция с оглед редианостициране на етиологията;
- болни с неповлияване от амбулаторното лечение, вкл. и с "новите" антиепилептични медикаменти (АЕМ), с епилептични статуси в анамнезата, при които се налага смяна на лечението в болнични условия;
- за специализирани изследвания с оглед предстоящо неврохирургично лечение на епилепсията;
- абсансен епилептичен статус и електричен статус по време на сън.

- Диагностика и лечение на епилептични пристъпи в хода на възможно остро разстройство на мозъчните структури и метаболизъм (травма, инсулт, интоксикация, абстиненция, аноксия).
- Диагностика и лечение при необходимост от диференциране на псевдоепилептични пристъпи от епилептичните (напр. психогенни от комплексни парциални при темпорално-дялова или фронтално-дялова епилепсия).
- Експертиза с оглед уточняване на диагнозата, при което може да се наложи спиране на лечението под лекарски контрол.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При наличие на припадъци диагностичният процес в болничното заведение включва поставяне на диагнозата чрез характеризиране на припадъците и определяне на тяхната причина. Епилептичните припадъци при **епилепсия** или при **остри разстройства на мозъчните структури и метаболизъм** (травми, инсулти, дисметаболически състояния, интоксикация с медикаменти, внезапно преустановяване на лечение, алкохол и алкохолна абстиненция и др.), както и **фебрилните конвулсии** се разграничават от неепилептичните: **неепилептични пароксизмални състояния** (синкопи, мигрена, преходни исхемични състояния, двигателни разстройства, нарушения на съня, панически атаки и др.), **аноксични припадъци**; **псевдоепилептични припадъци**. Задача на хоспитализацията е изясняване на **етиологията на заболяването** с приложението на невроизобразяващи техники, лабораторни, метаболитни, генетични и други целенасочени изследвания.

Диагнозата “ЕПИЛЕПСИЯ” се поставя при наличие най-малко на два непровокирани епилептични пристъпа. Определя се **вида на епилептичния пристъп** (според Международната класификация на епилептичните пристъпи) с оценка и на ЕЕГ характеристиката (ЕЕГ, видео-ЕЕГ с документиран запис), класифицира се **епилептичният синдром** (според Международната класификация на синдромите). Хоспитализацията цели етиологично уточняване, лечение и определяне на терапевтична стратегия при болните с епилепсия.

Диагностичното уточняване на епилепсията в болнични условия е необходимо при особени групи пациенти (деца, бременни, пациенти с интелектуален дефицит), както и при редиагностициране при прогресия на неврологичния и психичен дефицит, при неконтролирани припадъци.

Терапевтична корекция в болнични условия се налага при чести неконтролирани епилептични припадъци, терапевтично-резистентни епилепсии. **“Терапевтично резистентните епилепсии”** протичат с чести и тежки пристъпи (увредено съзнание, контузии, пролонгирана постиктална дисфункция), при които е неефективно лечението с 2 АЕМ, адекватните за типа пристъпи, (т.е. не се контролират от специалистите-невролози в ИМП помощ).

Задължителни диагностични методи:

ЕЕГ или ЕЕГ-мониторинг, КТ (нативен или с контраст) и/или МРТ; изследвания за уточняване на чернодробните и бъбречни функции, изследване на серумни нива на АЕМ – (при прием на валпроат, карбамазепин и фенитоин) – според Консенсуса за диагностика и лечение на епилепсията.

При парциални пристъпи - и доплерова сонография, магнитно-резонансна ангиография, мозъчна ангиография при необходимост.

Допълнителни диагностични методи (при необходимост): мозъчна ангиография; ликворни изследвания, вирусологични изследвания, генетични изследвания; мозъчна или мускулна биопсия.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА

Спазват се основните принципи: лечението започва при *сигурна диагноза с монотерапия с антиепилептичен медикамент (АЕМ) от първи ред*, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания; ефектът се контролира според клиничните симптоми (честотата и тежестта на пристъпите) и с ЕЕГ; преценява се ползата и рисковете от продължителния прием на АЕМ при конкретния болен. Цел на лечението е контрол на припадъците при минимален страничен ефект на АЕМ и постигане на възможно най-добро качество на живот.

Антиепилептични медикаменти. Прилагат се като монотерапия или рационална политерапия, адекватно на типа на епилепсията, на типа на припадъците, възрастта, теглото на пациента и придружаващите соматични заболявания (чернодробни, бъбречни, кръвни и т.н.).

НАЧАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА

МОНОТЕРАПИЯ - с медикамент от първи избор, съобразно типа на епилепсията и типа припадъци. **МЕДИКАМЕНТИ НА ПЪРВИ ИЗБОР** за всички епилепсии - генерализирани или парциални, са Valproate или Carbamazepine, а при ГТКП и Phenytoin. При липса на ефект от лечението, непоносимост или странични реакции се преминава към **II МОНОТЕРАПИЯ**.

При пациенти с повече от един тип пристъпи (наличие и на абсанси, атонични и миоклонични пристъпи), средства на първи избор са широкоспектърни медикаменти, **които** могат да се прилагат като **монотерапия при специални състояния** (детско-юношеска възраст, млади жени и бременни, когнитивен дефицит).

ПОЛИТЕРАПИЯ - при неповлияващи се болни от монотерапия с 2 АЕМ - чести, тежки парциални пристъпи, полиморфни пристъпи, специфични синдроми и епилептични енцефалопатии (темпорално-дялова епилепсия при мезиотемпорална склероза, тежката миоклонична епилепсия, синдромът на West, синдромът на Lennox-Gastaut). При **РАЦИОНАЛНА ПОЛИТЕРАПИЯ** се използват комбинации от медикаменти с различен механизъм на действие. **Новите АЕМ** се прилагат като **добавена терапия** при генерализирани и парциални пристъпи и при изявени странични ефекти, органична недостатъчност и при особени състояния - бременност, интелектуален дефицит, старческа възраст.

Таблица № 1 Антиепилептични медикаменти за лечение на епилепсиите (синдромите) и епилептичните пристъпи

Вид епилепсия (синдром) епилептични пристъпи	I избор Монотерапия	Алтернативна монотерапия или политерапия
Първично-генерализирани (идиопатични/генетични) епилепсии/ генерализирани припадъци		
Тонично-клонични припадъци	CBZ, PHT, VPA	CZP, LTG, LEV, OxCBZ, PB, TGB, TPM
Атонични пристъпи	VPA	LTG, CZP
Абсанси	VPA, ESM	CZP, LTG, TPM
миоклонични пристъпи	VPA	CZP, ESM, LTG, LEV, TPM, Кортикостероиди
Ювенилна миоклонична епилепсия	VPA	CZP, ESM, LTG, LEV, TPM
Фокални епилепсии / фокални епилептични пристъпи		

Фокални пристъпи	CBZ, VPA	CZP, GBP, LCM, LTG, LEV, OxCBZ, PB, PHT, PGB, TGB, TPM, BRV
Вторично –генерализирани пристъпи	CBZ, PHT, VPA	GBP, LTG, LCM, LEV, OxCBZ, PB, PHT, PGB, TGB, TPM, BRV
Идиопатични фокални (Роландова и окципитални)	CBZ, VPA, OxCBZ	CZP, GBP, LTG, LEV
Епилептични енцефалопатии		
Синдром на West	ACTH, VPA	CZP, LTG, TPM,
Синдром на Lennox-Gastaut	LTG, TPM, VPA	CBZ, CZP, PB, PHT
Синдром на Dravet (SMEI)	VPA, TPM	LEV
Епилептична енцефалопатия с CSWS или електричен статус по време на бавновълнов сън (ESES)	VPA, ESM	LEV, бензодиазепини, кортикостероиди

- АЕМ, разрешени за монотерапия и допълваща терапия: **CBZ, CZP, ESM, GBP** (над 12 г. моно-, над 3 г. политерапия), **LTG** (над 2 г.), **LEV** (над 16 г.- монотерапия, над 1 месец-политерапия), **LCM** (над 16 г.), **OxCBZ, PHT, PB, TPM** (над 2 г.), **VPA**

- АЕМ разрешени само за допълваща терапия: **PGB** (над 18 г.); **TGB** (над 12 г.), при които други подходящи лекарствени комбинации са се оказали незадоволителни или не са поносими

- **Класически АЕМ:** **CBZ** - carbamazepine; **CZP**-clonazepam; **ESM** – ethosuximide; **PHT**-phenytoin; **PB**-phenobarbital; **VPA**-valproate

- **Нови АЕМ:** **GBP**- gabapentin; **LTG** - lamotrigine; **LCM** – lacosamide; **LEV**-levetiracetam;

OxCBZ - oxcarbazepine; **PGB** – pregabalin; **TGB** - tiagabine; **TPM** – topiramate;

Таблица № 2 Видове и дозиране на антиепилептичните медикаменти

Международно непатентно име (INN)	ДЕЦА		ВЪЗРАСТНИ		
	Начална дневна доза (mg/kg)	Оптимал-на дневна доза (mg/kg)	Начална дневна доза (mg)	Оптимална дневна доза (mg)	Максимална дневна доза (mg)
Valproic acid	10-20	10-50	500	1000-2000	2100
Carbamazepine	5	10-30	200	600-1200	1600
Oxcarbazepine	10	30-40	300-600	900-2400	2400
Phenytoin	3-4	4-8	100	300-400	500
Phenobarbital	2	2-5	60	90-250	600
Clonazepam	0,01	0,01-0,02– 0,1-0,2	0,5	2-6	8
Lamotrigine	0,6 с ензимни индуктори 0,15 при VPA 0,3 при моно-терапия	5-15 с ензимни индуктори 5 с VPA 15 при моно-терапия	50 с ензимни индуктори 12,5 с VPA 25 при моно-терапия	500-600 при енз. индуктор 300-400 при VPA 500 при моно-терапия	700 при моно-терапия

Topiramate	0,5-1,0	5-9	25	200-400	500
Levetiracetam	10	40	1000	2000-3000	3000
Tiagabine	0,1	1	5–10	60	70
Gabapentin	След 6 г. 10-15	30-35	300	1200-1800- 3600	3600
Pregabalin	-	-	150	450-600	600
Lacosamide	След 16 г. 100 mg/дн.	200-400 mg/дн.	100	200-400	600 при монотерапия, 400 при допълваща терапия
Ethosuximide	10	40	500	1500	2000
Retigabine	-	-	300	600-1200	1200
Eslicarbaze-pine	-	-	400	800	1200

Таблица № 3 Възможно влошаване на епилептичните синдроми от АЕМ

АЕМ	Синдром	Възможно влошаване
Carbamazepine	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Ювенилна миоклонична епилепсия Прогресивна миоклонична епилепсия Роландова епилепсия Детска окципитална епилепсия Симптоматични генерализирани епилепсии Синдром на Angelman Синдром на Landau-Kleffner 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси, миоклонии Миоклонични пристъпи Миоклонус CSWS ГТКП - рядко Фокални пристъпи - рядко Тонични пристъпи Атонични пристъпи
Oxcarbazepine	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Ювенилна миоклонична епилепсия Роландова епилепсия 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Миоклонии Фокални пристъпи
Phenytoin	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Прогресивна миоклонична епилепсия Ювенилна миоклонична епилепсия Синдром на Landau-Kleffner 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Церебеларен синдром Миоклонични пристъпи Фокални пристъпи - рядко ГТКП
Phenobarbital	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Роландова епилепсия Синдром на Lennox-Gastaut 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси (при високи дози) Миоклонични пристъпи
Valproate (рядко)	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Единични случаи при епилепсия с миоклонус и криптогенна фокална 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Миоклонични пристъпи Фокални

АЕМ	Синдром	Възможно влошаване
	епилепсия	<ul style="list-style-type: none"> ГТКП
Ethosuximide	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Епилепсия с миоклонус Епилепсия с ГТКП 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Миоклонични пристъпи ГТКП
Бензодиазепини	<ul style="list-style-type: none"> Синдром на Lennox-Gastaut 	<ul style="list-style-type: none"> Тонични пристъпи Абсанси Миоклонични пристъпи
Gabapentin	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Епилепсия с миоклонус Синдром на Lennox-Gastaut 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Миоклонус
Lamotrigine	<ul style="list-style-type: none"> Ранна тежка миоклонична епилепсия Ювенилна миоклонична епилепсия Роландова епилепсия 	<ul style="list-style-type: none"> При високи дози Миоклонични пристъпи
Topiramate	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси
Tiagabine	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Епилепсия с миоклонус 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Миоклонични пристъпи Фокални ГТКП
Levetiracetam	<ul style="list-style-type: none"> Ювенилна миоклонична епилепсия Абсансна епилепсия Синдром на Lennox-Gastaut Синдром на Dravet 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Миоклонични пристъпи Фокални ГТКП
Pregabalin	<ul style="list-style-type: none"> Абсансна епилепсия Епилепсия с миоклонус 	<ul style="list-style-type: none"> Абсанси Миоклонични пристъпи
Lacosamide	<ul style="list-style-type: none"> Синдром на Lennox-Gastaut 	<ul style="list-style-type: none"> Атипични абсанси ГТКП

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и;
- приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план;
- подобряване на епилептичния синдром и общото състояние. Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикриза. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Припадъците могат да бъдат епилептични при епилепсия или при остри разстройства на структурата и метаболизма на мозъка, и неепилептични (психогенни или при други заболявания, като разстройства на съня, синкопи).

За точното определяне на типа на припадъците, поставяне на диагнозата, според изброените по-горе възможности, и съответно лечение, са необходими целенасочени изследвания и консултации:

- ЕЕГ;
- компютърна томография, включително с контраст;
- магнитно-резонансна томография;
- доплерова сонография;
- ангиография при необходимост;
- ЕКГ; ЕКГ- 24-часово мониториране;
- вегетологични изследвания, проби с натоварване;
- биохимични изследвания на кръв и урина;
- хормонални изследвания (при необходимост)
- серумни нива на антиконвулсанти;
- генетични изследвания;
- консултации с офталмолог, с интернист/кардиолог, с психолог;
- консултации с психиатър (при необходимост), с неврохирург (при необходимост), с инфекционист (при необходимост), с токсиколог (при необходимост).

Епилепсията е заболяване с епизодично нарушение във функциите на ЦНС, което се характеризира с конвулсивни (гърчови) или неконвулсивни (негърчови) клинични прояви, причинено от съчетанието на вродени и придобити промени в нервната система. Дължи се на свръхмерни, внезапни и преходни разряди на нервни клетки и възникване на епилептични припадъци. Видът на припадъка зависи от местоположението на възбудените нервни клетки в мозъка и разпространението на възбудния процес. *Като хронично неврологично заболяване диагноза епилепсия се поставя при наличие най-малко на два спонтанни епилептични припадъка.* Един припадък не е епилепсия; остро провокиран припадък или припадъци, възникнали при висока температура в детска възраст, след безсънни нощи, при нарушение на метаболизма, алкохолна или медикаментозна злоупотреба, мозъчен инсулт, тежка черепно-мозъчна травма, също не са епилепсия. Епилептичният припадък е основна изява на заболяването. Той се проявява стереотипно с двигателни, сетивни, вегетативни или психични прояви, като съзнанието може да е променено. Припадъците започват внезапно и най-често спонтанно прекъсват. Могат да бъдат последвани от сънливост и объркване. Думата “припадък” често се употребява и за други състояния, като синкоп, психогенни или нервни кризи, нощни страхове и др. Налице е явна зависимост между честотата на епилепсията и възрастта на пациента. Най-често епилепсията възниква в детска и юношеска възраст, като честотата отново се увеличава след 50 годишна възраст във връзка със зачестяване на симптомната епилепсия (при мозъчно-съдова болест, тумори на централната нервна система и др.). Епилептичните припадъци се разделят на:

1. Парциални (огнищни) - свързани с начало на разряда от определена група неврони в мозъчната кора – най-често от слепоочната кора или от челната кора. При парциалните прости припадъци съзнанието е запазено, докато при парциалните комплексни то е променено. Тези припадъци могат да прераснат в големи тонично-клонични припадъци.

2. Първично-генерализирани припадъци - симетрични двустранно и без огнищно начало и със загуба на съзнание. Те могат да бъдат *конвулсивни и неконвулсивни*. Генерализираните тонично-клонични припадъци са известни като "*големи припадъци*" (*grand mal*). При тях пациентите внезапно падат, крайниците им ритмично потрепват, дишането е затруднено, може да се прехапе езика или да има изпускане по нужда, цветът на лицето е блед до леко посиняване около устата. *Малките припадъци (абсанси)* протичат без гърчове, без падане, само с краткотрайно изключване на съзнанието, втренчване на погледа или примигване. Започват най-често в детска възраст (3 - 8 г.). При атоничните пристъпи болните могат внезапно да паднат и бързо се изправят.

Съвременните изследвания позволяват изясняване на механизмите, диференциране на разрядите и вида на припадъците, уточняване на причините, протичането на заболяването и евентуалните усложнения, и са необходима база за изработване на индивидуална терапевтична програма. Разграничават се леки и тежки форми, доброкачествени и прогресиращо протичащи, лечими и резистентни на лечение. Основно изследване е ЕЕГ (електроенцефалография), което е безвредно и позволява уточняване на диагнозата и контрол на провежданото лечение. Дава информация за функционалното състояние на централната нервна система. Невроизобразяващите методики - компютърна томография на мозъка и магнитно-резонансните техники са необходими за уточняване на структурни увреди в главния мозък. Сериозно усложнение на епилепсията е епилептичният статус – характеризира се с припадък или серия от припадъци с продължителност над 30 мин. Като заплашващо живота състояние, епилептичният статус във всички случаи налага болнично лечение по спешност – в неврологична клиника с легла за интензивно лечение и реанимация или в ОАРИЛ. В последните години намалява честотата на епилептичните статуси поради по-добрата диагностика и лечение на епилепсията.

Прогнозата за контрол на припадъците е добра. При 70-80% от пациентите с епилепсия припадъците се преустановяват, при около 50% - трайно и след преустановяването на лечението. При около 20% припадъците се повтарят и лечението е по-трудно. Това са обикновено случаи с повече от един вид припадъци, при симптомни епилепсии, при неврологични или психични нарушения.

Лечението се провежда от специалист невролог или невролог, специализиран за детската възраст (педиатър с неврологична насоченост). Съществуват десетки медикаменти с различни механизми на действие. Лечението се провежда продължително, с редовен прием на медикаменти, най-малко 2 г. след последния припадък. Прекъсва се само от лекуващия лекар, по определена схема с много бавно постепенно намаляване на дозировките при контрол на ЕЕГ. При някои доброкачествени форми на епилепсия, при много редки, нощни припадъци, след обсъждане с пациента или родителите може да се прецени да не се провежда лечение.

Фактори, които могат да причинят зачестяване на припадъците са: употреба на алкохол, недостиг на сън, трепкаща светлина (дискотеки, телевизия, компютърни игри), менструация, внезапно прекратяване на лечението.

Съществуват ограничения за някои професии (работа на височина, близо до огън, с небезопасни машини, отровни и запалителни материали, оръжия). Неподходящи професии са: пилоти, пожарникари, водачи на моторни превозни средства и др. Може да се спортува, без някои определени спортове като алпинизъм, подводен спорт, бокс, карате, ветроходство, парашутизъм, стрелба. Къпане с душ е за предпочитане пред това във вана, плуването да бъде винаги с придружител. Не е желателно излагане на слънце, сауни, термални бани. Децата с добър контрол на припадъците посещават общообразователните училища. В периода на активно лечение се отлагат имунизациите за дифтерия-тетанус-коклюш (но не и дифтерия-тетанус!). Ограничаването на телевизия, компютърни игри, посещение на дискотеки зависи от формата на епилепсията. Според закона у нас, по време на активна епилепсия и лечение с антиепилептични средства, пациентът няма право да шофира. Управлението на МПС е допустимо 3-6 мес. след единичен припадък при неврологично здрави индивиди, 6 мес. след единичен припадък, съпътстващ инсулт или неврохирургична интервенция, анамнеза над 5 г. само за нощни припадъци, 2 г. период на лечение без припадъци.

Организация на лечението на болните с епилепсия:

Личният лекар осъществява преглед, назначава изследване на кръв, насочва за консултация с невролог (за детска възраст - невролог, или педиатър със специализация по детска неврология). Специалистът невролог след преценка на изследванията и консултациите, назначени от него при необходимост, диагностицира заболяването и провежда лечението амбулаторно.

При необходимост от спешно болнично лечение - епилептичен статус, чести, тежки епилептични припадъци, припадъци при висока температура, пряко или чрез ЦСМП, се осигурява лечение в специализирано неврологично отделение. При необходима планова хоспитализация, специалистът невролог насочва с подготвените от него документи. При болничното лечение на епилепсията специалистът - невролог осъществява преглед и насочване за изследвания: ЕЕГ, КТ на главен мозък, МРТ, ЕКГ, изследване на очни дъна и др. при необходимост, което ще даде информация за вида на припадъка и неговите причини. Назначава се режим, намаляващ рисковете от повторни припадъци; осъществява се динамично наблюдение на пациента от лекуващия и дежурния екип; проследяват се динамично лабораторните показатели и функционалните изследвания - кръвна картина, показатели на дихателната, сърдечно-съдовата, чернодробната и бъбречната функция, серумните нива на медикаментите. Провежда се противоепилептично лечение, съобразено с получените показатели, което при необходимост може своевременно да бъде коригирано; своевременно се диагностицират и лекуват настъпили усложнения на заболяването. Провеждат се допълнителни инструментални изследвания - рентгенови, неврофизиологични и др.; при необходимост може да се вземе решение за оперативно лечение в някои случаи на симптомна епилепсия и при неповлияващи се от прилаганото медикаментозно лечение, вкл. със съвременни противоепилептични средства.

КП № 63 ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧЕН СТАТУС

КП № 63.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧЕН СТАТУС ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

<u>Епилептичен статус</u>	
G41.0	Епилептичен статус grand mal (конвулсивни припадъци) Тонично-клоничен епилептичен статус <i>Не включва:</i> частична непрекъсната епилепсия [Kozhevnikof] (G40.5)
G41.1	Епилептичен статус petit mal (малки припадъци) Епилептичен статус от абсанси
G41.2	Комплексен парциален епилептичен статус
G41.8	Друг уточнен епилептичен статус

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00	Ултразвук на шия <i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
Изследване на евокирани отговори на централна нервна система	
	<i>Включва:</i> такава чрез компютризирано усреднени техники <i>Забележка:</i> Едно изследване – един стимул в една точка Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране <i>Не включва:</i> такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])
11024-00	Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания
11027-00	Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания
1828	Изследване на съня
12203-00	Полисомнография Полисомнография при изследване на сънна апнея <i>Забележка:</i> Изследване на сънна апнея – включва продължително мониториране на кислородна сатурация и дишане, използвайки многоканален полиграф (полисомнограф), и записи на ЕЕГ, ЕОГ, субментално ЕМГ, предно тибилно респираторно движение, въздушен поток, кислородна сатурация и ECG
92011-00	Видео и радио-телеметричен електроенцефалографски [ЕЕГ] мониторинг <i>Забележка:</i> Само при назначено мониториране <input type="checkbox"/> 24 часа
1934	Други лабораторни изследвания
92182-07	Общо изследване на ликвор Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити
1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC по преценка:
91910-08	Изследване на време на кръвене по преценка:
91913-04	Изследване на време на съсирване по преценка:
91910-09	Изследване на протромбиново време по преценка:
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT) по преценка:
91910-11	Изследване на фибриноген по преценка:
91910-40	Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране

1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АПАТ
по преценка:	
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ <i>Включва:</i> отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Манипулации на дихателни пътища	
<i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор	
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен Ендотрахеална интубация БДУ <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
22008-00	Ендотрахеална интубация, двоен лумен <i>Не включва:</i> само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Вентилаторно подпомагане	
Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия Променлива задължителна вентилация [IMV] Инвазивна вентилация Механична вентилация Налягане с позитивен експираторен край Вентилация с подпомагащо налягане [PSV] Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV] <i>Включва:</i> ендотрахеална: <ul style="list-style-type: none"> • интубация • асистирано дишане механична вентилация с: <ul style="list-style-type: none"> • ендотрахеална тръба (ETT) • назална • орална • трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв	

метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия;
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

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, противоифекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath

	<ul style="list-style-type: none"> • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p>Не включва: <i>хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</i></p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</i></p>
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</i></p>
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (от които едната задължително е 11000-00 електроенцефалограма) и две основни терапевтични процедури посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕЕГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар - специалист по нервни болести: за структури II ниво на компетентност - двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“;

- лекар - специалист по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕЕГ: невролог/детски невролог или специалист по педиатрия, профилиран в детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести“).

4.2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- епилептичен статус (продължаващ над 30 мин. единствен пристъп или серия от пристъпи, между които съзнанието не се възстановява);
- епилепсия, с чести и продължаващи над 10 мин. епилептични припадъци.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Епилептичният статус е продължаващ над 30 мин. единствен пристъп или серия от пристъпи, между които съзнанието не се възстановява. Възниква у болни с епилепсия при грешки в лечението, внезапно преустановяване на лечението, интеркурентни заболявания (33%) или е *симптоматичен* (при 33% в хода на мозъчен инсулт, аноксия, черепно-мозъчна травма, инфекция на ЦНС, метаболитни нарушения, алкохолна абстиненция, тумор, медикаментозна интоксикация); с неясна етиология е при 33%. **Като епилептичен статус се третират пациентите с продължаващи над 10 мин. епилептични пристъпи.**

Задължителни диагностични методи:

ЕЕГ или ЕЕГ-мониториране, КТ (нативен или с контраст) и/или МРТ; изследвания за уточняване на чернодробните и бъбречни функции, изследване на серумни нива на АЕМ (при прием на валпроат, карбамазепин и фенитоин) – съгласно Консенсус за диагностика и лечение на епилепсията.

Допълнителни диагностични методи (при необходимост): доплерова сонография, мозъчна ангиография; вирусологични и/или микробиологични изследвания.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧНИЯ СТАТУС

2.1. Лечението на конвулсивния епилептичният статус (ЕС) се провежда в клиника/отделение за интензивно лечение:

- Осигуряване на проходимост на дихателните пътища; подържане на дишането, артериалното налягане и циркулацията; осигуряване на венозен път; мониториране на телесната температура, АН, ЕКГ и дихателната функция.

- Изследване на серумни електролити, пълна кръвна картина, урея, кръвна захар, АКР и газов състав на кръвта, чернодробни функции, нива на антиконвулсанти, алкохол, токсикологичен скрининг и съответна корекция.

- Витамини (при деца и Vit B6), болусно въвеждане на глюкоза (40% 60 мл), при възможна алкохолна интоксикация или хипогликемия, кислородотерапия.

АНТИКОНВУЛСАНТИ

1. Diazepam – венозно - 0,2 mg/kg (за деца - 0,3 mg/kg) или ректално 5-10 mg (за деца 0,5 mg/kg); повтаряне на дозата след 30 мин, за 1 час - до 60 mg, за 24 часа - до 200 mg при готовност за оротрахеална интубация. Купирането на пристъпа е в пропорционална зависимост от скоростта на въвеждане на Diazepam, но при бързото венозно въвеждане съществува риск от депресия на дишането и артериална хипотония, което налага готовност за асистирано дишане.

2. Clonazepam 0,05 mg/kg (2 mg) бавно i.v., повтаряне след 30 мин, за 1 час до 3 mg, за 24 часа - до 15-18 mg.

- **VPA - 15-20 mg/kg болус i.v. (50 mg/мин)**, поддържаща доза 1 mg/kg/час

- **Phenytoin - натоварване - 20 mg/kg бавно i.v. (50 mg/мин)**, за 24 часа - до 2000 mg; Предимство - дълготрайно действие.

При ЕС, продължаващ над 60 мин. - въвеждане в наркоза (при интубиран болен):

- **Midazolam натоварваща доза - 0,15-0,20 mg/kg (<0,4 mg/мин)**, поддържаща - 0,1-0,4 mg/kg/час.

- **Tiopental Na 5-6 mg/kg до 500 mg бавно i.v.** за 3-5 мин. и поддържане с 1-5 mg/kg/час до поява на ЕЕГ патерн на потиснати залпове.

- **Propofol натоварваща доза- 1-2 mg/kg**, поддържаща- 3-10 mg/kg/час.

ЛЕЧЕНИЕ НА УСЛОЖНЕНИЯТА НА ЕС

- на рабдомиозита - поддържане нормална диуреза с водно-солеви разтвори за предпазване от бъбречна недостатъчност, на хипертермията, на мозъчния оток – съчетание на хипервентилация с Mannitol, кортикостероиди, на съпътстващи инфекции- антибиотична терапия. Поддържане на сърдечно-съдовата функция, при хипотония – Dopamine i.v.

- **На мозъчния оток** – съчетание на хипервентилация с Mannitol, кортикостероиди;

- **На рабдомиозита** - поддържане нормална диуреза с водно-солеви разтвори за предпазване от бъбречна недостатъчност; *на хипертермията*;

- **На съпътстващи инфекции** - антибиотична терапия, но не антибиотици, повишаващи гърчовата готовност;

- **Поддържане на сърдечно-съдовата функция** – при хипотония – Dopamin i.v.

Корекция на провежданото антиепилептично лечение преди възникване на епилептичния статус (промяна на дозата, вида на АЕМ) или въвеждане на АЕМ, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания, ЕЕГ.

2.2. Лечение на неконвулсивния епилептичен статус:

- Осигуряване на венозен път; мониториране на телесната температура.

- Изследване на серумни електролити, пълна кръвна картина, урея, кръвна захар, АКР и газов състав на кръвта, чернодробни функции, нива на антиконвулсанти, алкохол, токсикологичен скрининг и съответна корекция.

- **Бензодиазепини**

- **Валпроати**

- **Кортикостероиди, АСТН**

Корекция на провежданото антиепилептично лечение преди възникване на епилептичния статус (промяна на дозата, вида на АЕМ) или въвеждане на АЕМ, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания, ЕЕГ.

АНТИЕПИЛЕПТИЧНИ МЕДИКАМЕНТИ. Прилагат се като монотерапия или рационална политерапия, адекватно на типа на епилепсията, на типа на припадъците, възрастта, теглото на пациента и придружаващите соматични заболявания (чернодробни, бъбречни, кръвни и т.н).

НАЧАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА:

МОНОТЕРАПИЯ - с медикамент от първи избор, съобразно типа на епилепсията и типа припадъци до достигане на оптимална доза. **МЕДИКАМЕНТИ НА ПЪРВИ ИЗБОР за всички епилепсии** - генерализирани или парциални, са **Valproate** или **Carbamazepine**, а при ГТКП и **Phenytoin**. При липса на ефект от лечението, непоносимост или странични реакции се преминава към **II МОНОТЕРАПИЯ**.

При пациенти с повече от един тип пристъпи (наличие и на абсанси, атонични и миоклонични пристъпи), средства на първи избор са широкоспектърни медикаменти - могат да се прилагат като **монотерапия при специални състояния** (детско-юношеска възраст, млади жени и бременни, когнитивен дефицит).

ПОЛИТЕРАПИЯ - при неповлияващи се болни от монотерапия с 2 АЕМ - чести, тежки парциални пристъпи, полиморфни пристъпи, специфични синдроми и епилептични енцефалопатии (темпорално-дялова епилепсия при мезиотемпорална склероза, тежката миоклонична епилепсия, синдромът на West, синдромът на Lennox-Gastaut). При **РАЦИОНАЛНА ПОЛИТЕРАПИЯ** се използват комбинации от медикаменти с различен механизъм на действие. **Новите АЕМ** се прилагат като добавена терапия при генерализирани и парциални пристъпи и при изяви странични ефекти, органна недостатъчност и при особени състояния - бременност, интелектуален дефицит, старческа възраст.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- изясняване на причината и овладяване на епилептичния статус;

- подобряване на епилептичния синдром и соматичното състояние;
- определяне на терапевтичен план. Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Припадъците могат да бъдат епилептични при епилепсия или при остри разстройства на структурата и метаболизма на мозъка, и неепилептични (психогенни или при други заболявания като разстройства на съня, синкопи).

За точното определяне на типа на припадъците, поставяне на диагнозата, според изброените по-горе възможности, и съответно лечение, са необходими целенасочени изследвания и консултации:

- ЕЕГ;
- компютърна томография, включително с контраст;
- магнитно-резонансна томография;
- доплерова сонография;
- ангиография при необходимост;
- ЕКГ; ЕКГ- 24-часово мониториране;
- вегетологични изследвания, проби с натоварване;
- биохимични изследвания на кръв и урина;
- хормонални изследвания (при необходимост);
- серумни нива на антиконвулсанти;
- генетични изследвания;
- консултации с офталмолог, с интернист/кардиолог, психолог;
- консултации с психиатър (при необходимост), с неврохирург (при необходимост), с инфекционист (при необходимост), с токсиколог (при необходимост).

Епилепсията е заболяване с епизодично нарушение във функциите на ЦНС, което се характеризира с конвулсивни (гърчови) или неконвулсивни (негърчови) клинични прояви, причинено от съчетанието на вродени и придобити промени в нервната система. Дължи се на свръхмерни, внезапни и преходни разряди на нервни клетки и възникване на епилептични припадъци. Видът на припадъка зависи от местоположението на възбудените нервни клетки в мозъка и разпространението на възбудния процес. *Като хронично неврологично заболяване диагноза епилепсия се поставя при наличие най-малко на два спонтанни епилептични припадъка.* Един припадък не е епилепсия; остро провокиран припадък или припадъци, възникнали при висока температура в детска възраст, след безсънни нощи, при нарушение на метаболизма, алкохолна или медикаментозна злоупотреба, мозъчен инсулт, тежка черепно-мозъчна травма също не са епилепсия. Епилептичният припадък е основна изява на заболяването. Той се проявява стереотипно с двигателни, сетивни, вегетативни или психични прояви, като съзнанието може да е променено. Припадъците започват внезапно и най-често спонтанно прекъсват. Могат да бъдат последвани от сънливост и объркване. Думата “припадък” често се употребява и за други състояния като синкоп, психогенни или нервни кризи, нощни страхи и др. Налице е явна зависимост между честотата на епилепсията и възрастта на пациента. Най-често епилепсията възниква в детска и юношеска възраст, като честотата отново се увеличава след 50 годишна възраст във връзка със зачестяване на симптомната епилепсия (при мозъчно-съдова болест, тумори на централната нервна система и др.). Епилептичните припадъци се разделят на:

1. Парциални (огнищни) - свързани с начало на разряда от определена група неврони в мозъчната кора – най-често от слепоочната кора или от челната кора. При парциалните прости припадъци съзнанието е запазено, докато при парциалните комплексни то е променено. Тези припадъци могат да прераснат в големи тонично-клонични припадъци.

2. Първично-генерализирани припадъци - симетрични двустранно и без огнищно начало и със загуба на съзнание. Те могат да бъдат *конвулсивни и неконвулсивни*. Генерализираните тонично-клонични припадъци са известни като *“големи припадъци” (grand mal)*. При тях пациентите внезапно падат, крайниците им ритмично потрепват, дишането е затруднено, може да се прехапе езика или да има изпускане по нужда, цветът на лицето е блед до леко посиняване около устата. *Малките припадъци (абсанси)* протичат без гърчове, без падане, само с краткотрайно изключване на съзнанието, втренчване на погледа или примигване. Започват най-често в детска възраст (3 - 8 г.). При атоничните пристъпи болните могат внезапно да паднат и бързо се изправят.

Съвременните изследвания позволяват изясняване на механизмите, диференциране на разрядите и вида на припадъците, уточняване на причините, протичането на заболяването и евентуалните усложнения, и са необходима база за изработване на индивидуална терапевтична програма. Разграничават се леки и тежки форми, доброкачествени и прогресиращо протичащи, лечими и резистентни на лечение. Основно изследване е ЕЕГ (електроенцефалография), което е безвредно и позволява уточняване на диагнозата и контрол на провежданото лечение. Дава информация за функционалното състояние на централната нервна система. Невроизобразяващите методики - компютърна томография на мозъка и магнитно-резонансните техники са необходими за уточняване на структурни увреди в главния мозък. **Сериозно усложнение на епилепсията е епилептичният статус** – характеризира се с припадък или серия от припадъци с продължителност над 30 мин. Като заплашващо живота състояние, епилептичният статус във всички случаи налага болнично лечение по спешност – в неврологична клиника с легла за интензивно лечение и реанимация или в ОАРИЛ. В последните години намалява честотата на епилептичните статуси поради по-добрата диагностика и лечение на епилепсията.

Прогнозата за контрол на припадъците е добра. При 70-80% от пациентите с епилепсия припадъците се преустановяват, при около 50% - трайно и след преустановяването на лечението. При около 20% припадъците се повтарят и лечението е по-трудно. Това са обикновено случаи с повече от един вид припадъци, при симптомни епилепсии, при неврологични или психични нарушения.

Лечението се провежда от специалист невролог или невролог, специализиран за детската възраст (педиатър с неврологична насоченост). Съществуват десетки медикаменти с различни механизми на действие. Лечението се провежда продължително, с редовен прием на медикаменти, най-малко 2 г. след последния припадък. Прекъсва се само от лекуващия лекар, по определена схема с много бавно постепенно намаляване на дозировките при контрол на ЕЕГ. При някои доброкачествени форми на епилепсия, при много редки, нощни припадъци, след обсъждане с пациента или родителите може да се прецени да не се провежда лечение.

Фактори, които могат да причинят зачестяване на припадъците са: употреба на алкохол, недостиг на сън, трепкаща светлина (дискотеки, телевизия, компютърни игри), менструация, внезапно прекратяване на лечението.

Съществуват ограничения за някои професии (работа на височина, близо до огън, с небезопасни машини, отровни и запалителни материали, оръжия). Неподходящи професии са: пилоти, пожарникари, водачи на моторни превозни средства и др. Може да се спортува, без някои определени спортове като алпинизъм, подводен спорт, бокс, карате, ветроходство, парашутизъм, стрелба. Къпане с душ е за предпочитане пред това във вана, плуването да бъде винаги с придружител. Не е желателно излагане на слънце, сауни, термални бани. Децата с добър контрол на припадъците посещават общообразователните училища. В периода на активно лечение се отлагат имунизациите за дифтерия-тетанус-коклюш (но не и дифтерия-тетанус!). Ограничаването на телевизия, компютърни игри, посещение на дискотеки зависи от формата на епилепсията. Според закона у нас, по време на активна епилепсия и лечение с антиепилептични средства, пациентът няма право да шофира. Управлението на МПС е допустимо 3-6 мес. след единичен припадък при неврологично здрави индивиди, 6 мес. след единичен припадък, съпътстващ инсулт или неврохирургична интервенция, анамнеза над 5 г. само за нощни припадъци, 2 г. период на лечение без припадъци.

Организация на лечението на болните с епилепсия:

Личният лекар осъществява преглед, назначава изследване на кръв, насочва за консултация с невролог (за детска възраст - невролог, или педиатър със специализация за детска неврология). Специалистът невролог след преценка на изследванията и консултациите, назначени от него при необходимост, диагностицира заболяването и провежда лечението амбулаторно.

При необходимост от спешно болнично лечение - епилептичен статус, чести, тежки епилептични припадъци, припадъци при висока температура, пряко или чрез ЦСМП, се осигурява лечение в специализирано неврологично отделение. При необходима планова хоспитализация, специалистът невролог насочва с подготвените от него документи. При болничното лечение на епилепсията специалистът - невролог осъществява преглед и насочване за изследвания: ЕЕГ, КТ на главен мозък, МРТ, ЕКГ, изследване на очни дъна и др. при необходимост, което ще даде информация за вида на припадъка и неговите причини. Назначава се режим, намаляващ рисковете от повторни припадъци; осъществява се динамично наблюдение на пациента от лекуващия и дежурния екип; проследяват се динамично лабораторните показатели и функционалните изследвания - кръвна картина, показатели на дихателната, сърдечно-съдовата, чернодробната и бъбречната функция, серумните нива на медикаментите. Провежда се противоепилептично лечение, съобразено с получените показатели, което при необходимост може своевременно да бъде коригирано; своевременно се диагностицират и лекуват настъпили усложнения на заболяването. Провеждат се допълнителни инструментални изследвания - рентгенови, неврофизиологични и др.; при необходимост може да се вземе решение за оперативно лечение в някои случаи на симптомна епилепсия и при неповлияващи се от прилаганото медикаментозно лечение, вкл. със съвременни противоепилептични средства.

КП № 63 ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧЕН СТАТУС
КП № 63.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧЕН СТАТУС ПРИ ЛИЦА
ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Епилептичен статус	
G41.0	Епилептичен статус grand mal (конвулсивни припадъци) Тонично-клоничен епилептичен статус <i>Не включва:</i> частична непрекъсната епилепсия [Kozhevnikof] (G40.5)
G41.1	Епилептичен статус petit mal (малки припадъци) Епилептичен статус от абсанси
G41.2	Комплексен парциален епилептичен статус
G41.8	Друг уточнен епилептичен статус

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

<i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])	
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
Изследване на евокирани отговори на централна нервна система	
	<i>Включва:</i> такава чрез компютризирано усреднени техники <i>Забележка:</i> Едно изследване – един стимул в една точка Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране <i>Не включва:</i> такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])
11024-00	Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания
11027-00	Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания
1828 Изследване на съня	
12203-00	Полисомнография Полисомнография при изследване на сънна апнея <i>Забележка:</i> Изследване на сънна апнея – включва продължително мониториране на кислородна сатурация и дишане, използвайки многоканален полиграф (полисомнограф), и записи на ЕЕГ, ЕОГ, субментално ЕМГ, предно тибиялно респираторно движение, въздушен поток, кислородна сатурация и ECG
92011-00	Видео и радио-телеметричен електроенцефалографски [ЕЕГ] мониторинг <i>Забележка:</i> Само при назначено мониториране <input type="checkbox"/> 24 часа
1934 Други лабораторни изследвания	
92182-07	Общо изследване на ликвор Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC по преценка:
91910-08	Изследване на време на кръвене по преценка:
91913-04	Изследване на време на съсирване по преценка:
91910-09	Изследване на протромбиново време по преценка:
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT) по преценка:
91910-11	Изследване на фибриноген по преценка:
91910-40	Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране
1924 Биохимична изследвания	

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
по преценка:	
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ
<i>Включва:</i>	отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

<i>Забележка:</i> Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор	
22007-00	Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ	
<i>Не включва:</i>	само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
22008-00	Ендотрахеална интубация, двоен лумен
<i>Не включва:</i>	само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия Променлива задължителна вентилация [IMV] Инвазивна вентилация Механична вентилация Налягане с позитивен експираторен край Вентилация с подпомагащо налягане [PSV] Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]	
<i>Включва:</i>	ендотрахеална: <ul style="list-style-type: none"> • интубация • асистирано дишане механична вентилация с: <ul style="list-style-type: none"> • ендотрахеална тръба (ETT) • назална • орална • трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
<i>Кодирай също когато е направена:</i>	

- трахеостомия;
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

- 13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
- 13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
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])

- 96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

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, противоифекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп

	<ul style="list-style-type: none"> • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p>Не включва: <i>хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</i></p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</i></p>
96197-03	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</i></p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (от които едната задължително е 11000-00 електроенцефалограма) и две основни терапевтични процедури посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Педиатрия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“.

1. 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 неврология/детска неврология или Клиника/отделение по педиатрия
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕЕГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар - специалист по нервни болести: за структури II ниво на компетентност - двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ за клиника/отделение по неврология
 - детски невролог или лекар - специалист по нервни болести за клиника/отделение по детска неврология
- или

лекар-специалист по педиатрия, с опит в областта на детската неврология, работещ в детска неврологична клиника/отделение;

- лекар – специалист по анестезиология и интензивно лечение
- или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

- лекар – специалист по педиатрия.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕЕГ: невролог/детски невролог или специалист по педиатрия, профилиран в детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести“).

4.2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- епилептичен статус (продължаващ над 30 мин. единствен пристъп или серия от пристъпи, между които съзнанието не се възстановява);
- епилепсия, с чести и продължаващи над 10 мин. епилептични припадъци.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Епилептичният статус е продължаващ над 30 мин. единствен пристъп или серия от пристъпи, между които съзнанието не се възстановява. Възниква у болни с епилепсия при грешки в лечението, внезапно преустановяване на лечението, интеркурентни заболявания (33%) или е *симптоматичен* (при 33% в хода на мозъчен инсулт, аноксия, черепно-мозъчна травма, инфекция на ЦНС, метаболитни нарушения, алкохолна абстиненция, тумор, медикаментозна интоксикация); с неясна етиология е при 33%. **Като епилептичен статус се третират пациентите с продължаващи над 10 мин. епилептични пристъпи.**

Задължителни диагностични методи:

ЕЕГ или ЕЕГ-мониторирание, КТ (нативен или с контраст) и/или МРТ; изследвания за уточняване на чернодробните и бъбречни функции, изследване на серумни нива на АЕМ (при прием на валпроат, карбамазепин и фенитоин) – съгласно Консенсус за диагностика и лечение на епилепсията.

Допълнителни диагностични методи (при необходимост): доплерова сонография, мозъчна ангиография; вирусологични и/или микробиологични изследвания.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧНИЯ СТАТУС

2.1. Лечението на конвулсивния епилептичният статус (ЕС) се провежда в клиника/отделение за интензивно лечение:

- Осигуряване на проходимост на дихателните пътища; подържане на дишането, артериалното налягане и циркулацията; осигуряване на венозен път; мониториране на телесната температура, АН, ЕКГ и дихателната функция.
- Изследване на серумни електролити, пълна кръвна картина, урея, кръвна захар, АКР и газов състав на кръвта, чернодробни функции, нива на антиконвулсанти, алкохол, токсикологичен скрининг и съответна корекция.
- Витамини (при деца и Vit B6), болусно въвеждане на глюкоза (40% 60 мл), при възможна алкохолна интоксикация или хипогликемия, кислородотерапия.

АНТИКОНВУЛСАНТИ

1. Diazepam – венозно - 0,2 mg/kg (за деца - 0,3 mg/kg) или ректално 5-10 mg (за деца 0,5 mg/kg); повтаряне на дозата след 30 мин, за 1 час - до 60 mg, за 24 часа - до 200 mg при готовност за оротрахеална интубация. Купирането на пристъпа е в пропорционална зависимост от скоростта на въвеждане на Diazepam, но при бързото венозно въвеждане съществува риск от депресия на дишането и артериална хипотония, което налага готовност за асистирано дишане.

2. Clonazepam 0,05 mg/kg (2 mg) бавно i.v., повтаряне след 30 мин, за 1 час до 3 mg, за 24 часа - до 15-18 mg.

- **VPA - 15-20 mg/kg болус i.v. (50 mg/мин)**, поддържаща доза 1 mg/kg/час
- **Phenytoin** - натоварване - 20 mg/kg бавно i.v. (50 mg/мин), за 24 часа - до 2000 mg; Предимство - дълготрайно действие.

При ЕС, продължаващ над 60 мин. - въвеждане в наркоза (при интубиран болен):

- **Midazolam** натоварваща доза - 0,15-0,20 mg/kg (<0,4 mg/мин), поддържаща - 0,1-0,4 mg/kg/час.
- **Tiopental Na 5-6 mg/kg до 500 mg бавно i.v.** за 3-5 мин. и подържане с 1-5 mg/kg/час до поява на ЕЕГ патерн на потиснати залпове.
- **Propofol** натоварваща доза- 1-2 mg/kg, поддържаща- 3-10 mg/kg/час.

ЛЕЧЕНИЕ НА УСЛОЖНЕНИЯТА НА ЕС

- на рабдомиозита - поддържане нормална диуреза с водно-солеви разтвори за предпазване от бъбречна недостатъчност, на хипертермията, на мозъчния оток – съчетание на хипервентилация с Mannitol, кортикостероиди, на съпътстващи инфекции- антибиотична терапия. Поддържане на сърдечно-съдовата функция, при хипотония – Dopamine i.v.

- **На мозъчния оток** – съчетание на хипервентилация с Mannitol, кортикостероиди;

- **На рабдомиозита** - поддържане нормална диуреза с водно-солеви разтвори за предпазване от бъбречна недостатъчност; *на хипертермията*;

- **На съпътстващи инфекции** - антибиотична терапия, но не антибиотици, повишаващи гърчовата готовност;

- **Поддържане на сърдечно-съдовата функция** – при хипотония – Dopamin i.v.

Корекция на провежданото антиепилептично лечение преди възникване на епилептичния статус (промяна на дозата, вида на АЕМ) или въвеждане на АЕМ, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания, ЕЕГ.

2.2. Лечение на неконвулсивния епилептичен статус:

- Осигуряване на венозен път; мониториране на телесната температура.

- Изследване на серумни електролити, пълна кръвна картина, урея, кръвна захар, АКР и газов състав на кръвта, чернодробни функции, нива на антиконвулсанти, алкохол, токсикологичен скрининг и съответна корекция.

- **Бензодиазепини**

- **Валпроати**

- Кортикостероиди, АСТН

- **Корекция на провежданото антиепилептично лечение преди възникване на епилептичния статус** (промяна на дозата, вида на АЕМ) или въвеждане на АЕМ, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания, ЕЕГ.

АНТИЕПИЛЕПТИЧНИ МЕДИКАМЕНТИ. Прилагат се като монотерапия или рационална политерапия, адекватно на типа на епилепсията, на типа на припадъците, възрастта, теглото на пациента и придружаващите соматични заболявания (чернодробни, бъбречни, кръвни и т.н).

НАЧАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА:

МОНОТЕРАПИЯ - с медикамент от първи избор, съобразно типа на епилепсията и типа припадъци до достигане на оптимална доза. **МЕДИКАМЕНТИ НА ПЪРВИ ИЗБОР за всички епилепсии** - генерализирани или парциални, са **Valproate** или **Carbamazepine**, а при ГТКП и **Phenytoin**. При липса на ефект от лечението, непоносимост или странични реакции се преминава към **II МОНОТЕРАПИЯ**.

При пациенти с повече от един тип пристъпи (наличие и на абсанси, атонични и миоклонични пристъпи), средства на първи избор са широкоспектърни медикаменти - могат да се прилагат като **монотерапия при специални състояния** (детско-юношеска възраст, млади жени и бременни, когнитивен дефицит).

ПОЛИТЕРАПИЯ - при неповлияващи се болни от монотерапия с 2 АЕМ - чести, тежки парциални пристъпи, полиморфни пристъпи, специфични синдроми и епилептични енцефалопатии (темпорално-дялова епилепсия при мезиотемпорална склероза, тежката миоклонична епилепсия, синдромът на West, синдромът на Lennox-Gastaut). При **РАЦИОНАЛНА ПОЛИТЕРАПИЯ** се използват комбинации от медикаменти с различен механизъм на действие. **Новите АЕМ** се прилагат като добавена терапия при генерализирани и парциални пристъпи и при изяви странични ефекти, органна недостатъчност и при особени състояния - бременност, интелектуален дефицит, старческа възраст.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- изясняване на причината и овладяване на епилептичния статус;
- подобряване на епилептичния синдром и соматичното състояние;
- определяне на терапевтичен план. Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикриза. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Припадъците могат да бъдат епилептични при епилепсия или при остри разстройства на структурата и метаболизма на мозъка, и неепилептични (психогенни или при други заболявания като разстройства на съня, синкопи).

За точното определяне на типа на припадъците, поставяне на диагнозата, според изброените по-горе възможности, и съответно лечение, са необходими целенасочени изследвания и консултации:

- ЕЕГ;
- компютърна томография, включително с контраст;
- магнитно-резонансна томография;
- доплерова сонография;
- ангиография при необходимост;
- ЕКГ; ЕКГ- 24-часово мониториране;
- вегетологични изследвания, проби с натоварване;
- биохимични изследвания на кръв и урина;
- хормонални изследвания (при необходимост);
- серумни нива на антиконвулсанти;
- генетични изследвания;
- консултации с офталмолог, с интернист/кардиолог, психолог;
- консултации с психиатър (при необходимост), с неврохирург (при необходимост), с инфекционист (при необходимост), с токсиколог (при необходимост).

Епилепсията е заболяване с епизодично нарушение във функциите на ЦНС, което се характеризира с конвулсивни (гърчови) или неконвулсивни (негърчови) клинични прояви, причинено от съчетанието на вродени и придобити промени в нервната система. Дължи се на свръхмерни, внезапни и преходни разряди на нервни клетки и възникване на епилептични припадъци. Видът на припадъка зависи от местоположението на възбудените нервни клетки в мозъка и разпространението на възбудния процес. *Като хронично неврологично заболяване диагноза епилепсия се поставя при наличие най-малко на два спонтанни епилептични припадъка.* Един припадък не е епилепсия; остро провокиран припадък или припадъци, възникнали при висока температура в детска възраст, след безсънни нощи, при нарушение на метаболизма, алкохолна или медикаментозна злоупотреба, мозъчен инсулт, тежка черепно-мозъчна травма също не са епилепсия. Епилептичният припадък е основна изява на заболяването. Той се проявява стереотипно с двигателни, сетивни, вегетативни или психични прояви, като съзнанието може да е променено. Припадъците започват внезапно и най-често спонтанно прекъсват. Могат да бъдат последвани от сънливост и объркване. Думата “припадък” често се употребява и за други състояния като синкоп, психогенни или нервни кризи, нощни страхи и др. Налице е явна зависимост между честотата на епилепсията и възрастта на пациента. Най-често епилепсията възниква в детска и юношеска възраст, като честотата отново се увеличава след 50 годишна възраст във връзка със зачестяване на симптомната епилепсия (при мозъчно-съдова болест, тумори на централната нервна система и др.). Епилептичните припадъци се разделят на:

1. Парциални (огнищни) - свързани с начало на разряда от определена група неврони в мозъчната кора – най-често от слепоочната кора или от челната кора. При парциалните прости припадъци съзнанието е запазено, докато при парциалните комплексни то е променено. Тези припадъци могат да прераснат в големи тонично-клонични припадъци.

2. Първично-генерализирани припадъци - симетрични двустранно и без огнищно начало и със загуба на съзнание. Те могат да бъдат *конвулсивни и неконвулсивни*. Генерализираните тонично-клонични припадъци са известни като *“големи припадъци” (grand mal)*. При тях пациентите внезапно падат, крайниците им ритмично потрепват, дишането е затруднено, може да се прехапе езика или да има изпускане по нужда, цветът на лицето е блед до леко посиняване около устата. *Малките припадъци (абсанси)* протичат без гърчове, без падане, само с краткотрайно изключване на съзнанието, втренчване на погледа или примигване. Започват най-често в детска възраст (3 - 8 г.). При атоничните пристъпи болните могат внезапно да паднат и бързо се изправят.

Съвременните изследвания позволяват изясняване на механизмите, диференциране на разрядите и вида на припадъците, уточняване на причините, протичането на заболяването и евентуалните усложнения, и са необходима база за изработване на индивидуална терапевтична програма. Разграничават се леки и тежки форми, доброкачествени и прогресиращо протичащи, лечими и резистентни на лечение. Основно изследване е ЕЕГ (електроенцефалография), което е безвредно и позволява уточняване на диагнозата и контрол на провежданото лечение. Дава информация за функционалното състояние на централната нервна система. Невроизобразяващите методики - компютърна томография на мозъка и магнитно-резонансните техники са необходими за уточняване на структурни увреди в главния мозък. **Сериозно усложнение на епилепсията е епилептичният статус** – характеризира се с припадък или серия от припадъци с продължителност над 30 мин. Като заплашващо живота състояние, епилептичният статус във всички случаи налага болнично лечение по спешност – в неврологична клиника с легла за интензивно лечение и реанимация или в ОАРИЛ. В последните години намалява честотата на епилептичните статуси поради по-добрата диагностика и лечение на епилепсията.

Прогнозата за контрол на припадъците е добра. При 70-80% от пациентите с епилепсия припадъците се преустановяват, при около 50% - трайно и след преустановяването на лечението. При около 20% припадъците се повтарят и лечението е по-трудно. Това са обикновено случаи с повече от един вид припадъци, при симптомни епилепсии, при неврологични или психични нарушения.

Лечението се провежда от специалист невролог или невролог, специализиран за детската възраст (педиатър с неврологична насоченост). Съществуват десетки медикаменти с различни механизми на действие. Лечението се провежда продължително, с редовен прием на медикаменти, най-малко 2 г. след последния припадък. Прекъсва се само от лекуващия лекар, по определена схема с много бавно постепенно намаляване на дозировките при контрол на ЕЕГ. При някои доброкачествени форми на епилепсия, при много редки, нощни припадъци, след обсъждане с пациента или родителите може да се прецени да не се провежда лечение.

Фактори, които могат да причинят зачестяване на припадъците са: употреба на алкохол, недостиг на сън, трепкаща светлина (дискотеки, телевизия, компютърни игри), менструация, внезапно прекратяване на лечението.

Съществуват ограничения за някои професии (работа на височина, близо до огън, с небезопасни машини, отровни и запалителни материали, оръжия). Неподходящи професии са: пилоти, пожарникари, водачи на моторни превозни средства и др. Може да се спортува, без някои определени спортове като алпинизъм, подводен спорт, бокс, карате, ветроходство, парашутизъм, стрелба. Къпане с душ е за предпочитане пред това във вана, плуването да бъде винаги с придружител. Не е желателно излагане на слънце, сауни, термални бани. Децата с добър контрол на припадъците посещават общообразователните училища. В периода на активно лечение се отлагат имунизациите за дифтерия-тетанус-коклюш (но не и дифтерия-тетанус!). Ограничаването на телевизия, компютърни игри, посещение на дискотеки зависи от формата на епилепсията. Според закона у нас, по време на активна епилепсия и лечение с антиепилептични средства, пациентът няма право да шофира. Управлението на МПС е допустимо 3-6 мес. след единичен припадък при неврологично здрави индивиди, 6 мес. след единичен припадък, съпътстващ инсулт или неврохирургична интервенция, анамнеза над 5 г. само за нощни припадъци, 2 г. период на лечение без припадъци.

Организация на лечението на болните с епилепсия:

Личният лекар осъществява преглед, назначава изследване на кръв, насочва за консултация с невролог (за детска възраст - невролог, или педиатър със специализация за детска неврология). Специалистът невролог след преценка на изследванията и консултациите, назначени от него при необходимост, диагностицира заболяването и провежда лечението амбулаторно.

При необходимост от спешно болнично лечение - епилептичен статус, чести, тежки епилептични припадъци, припадъци при висока температура, пряко или чрез ЦСМП, се осигурява лечение в специализирано неврологично отделение. При необходима планова хоспитализация, специалистът невролог насочва с подготвените от него документи. При болничното лечение на епилепсията специалистът - невролог осъществява преглед и насочване за изследвания: ЕЕГ, КТ на главен мозък, МРТ, ЕКГ, изследване на очни дъна и др. при необходимост, което ще даде информация за вида на припадъка и неговите причини. Назначава се режим, намаляващ рисковете от повторни припадъци; осъществява се динамично наблюдение на пациента от лекуващия и дежурния екип; проследяват се динамично лабораторните показатели и функционалните изследвания - кръвна картина, показатели на дихателната, сърдечно-съдовата, чернодробната и бъбречната функция, серумните нива на медикаментите. Провежда се противоепилептично лечение, съобразено с получените показатели, което при необходимост може своевременно да бъде коригирано; своевременно се диагностицират и лекуват настъпили усложнения на заболяването. Провеждат се допълнителни инструментални изследвания - рентгенови, неврофизиологични и др.; при необходимост може да се вземе решение за оперативно лечение в някои случаи на симптомна епилепсия и при неповлияващи се от прилаганото медикаментозно лечение, вкл. със съвременни противоепилептични средства.

**КП № 64 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНИЯ
ГРАВИС И МИАСТЕННИ СИНДРОМИ
КП № 64.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНИЯ
ГРАВИС И МИАСТЕННИ СИНДРОМИ ПРИ ЛИЦА НАД 18
ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс

Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis

Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести

Миастенни синдроми при:

- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум

	плевра <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: • корем (56301-01, 56307-01 [1957]) • и таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • мозък (57001, 57007 [1957])
56301-00	Компютърна томография на гръден кош
56307-00	Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
Невромускулна електродиагностика	
	ЕМГ [електромиография]: • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди Изследване на невромускулна проводимост
11012-00	Електромиография (ЕМГ) <i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Приложение на фармакотерапия	
	Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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 доказана миастения гравис, КТ или МРТ на медиастиnum се прави по преценка, съобразно състоянието.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. Кабинет (апарат) по ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”.

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Диагностично уточняване на миастения гравис и миастенни синдроми при:

- данни за патологична мускулна уморяемост - генерализирана, очедвигателна или булбарна;
- положителен простигминов тест;
- ЕМГ данни за нарушено нервно-мускулно предаване;
- новородени на майки с миастения гравис и симптоми на мускулна хипотония, слаб плач, респираторни затруднения.

Лечение на миастенна криза при:

- доказана миастения гравис - влошаване, необходимост от промяна в терапията или започване на имunosupресивно лечение;

- Миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен);
- лекарствено-индуциран миастенен синдром;
- миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения;
- миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.;
- миастенен синдром при ботулизъм;
- неонатална миастения;
- конгенитална миастения;
- други миастенни синдроми.

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

Болните с неизяснени миастенни синдроми се хоспитализират в университетски клиники, където се провеждат и следните диагностични тестове по преценка:

- ЕМГ – за миастенна реакция и за изключване на миогенна, предногова или перифернонервна увреда
- Простигминов/ пиридостигминов тест
- Титър на антителата към ацетилхолиновите рецептори
- КТ/МРТ на медиастина с оглед установяване на хиперплазия на тимуса или тимом
- Мускулни ензими – КК, алдолаза
- ПКК и биохимия, вкл. електролити
- Функционално изследване на дишането
- Имунологични изследвания за изключване на асоциация с други автоимунни заболявания (антинуклеарни антитела, ревматоиден фактор и др.)
- Хормонални изследвания – тиреоидни хормони, стероидни хормони за изключване на хипокортицизъм и хипералдостеронизъм
- При миастенен синдром на Lambert-Eaton - рентгенография и КТ на белия дроб, ехография и КТ на коремните органи и други изследвания за търсене на първичен карцином, изследвания за органоспецифични автоимунни заболявания като тиреоидит на Хашимото, пернициозна анемия и др.
- При очедвигателни нарушения – КТ/МРТ на глава вкл. и орбити за изключване на интракраниални или орбитални неоплазми, множествена склероза, съдова патология (МРТ-ангиография, конвенционална ангиография)
- Биопсия на мускул – при съмнение за полимиозит, васкулит, конгенитална миастения, миопатия вкл. митохондриална и метаболитни миопатии
- При булбарни нарушения – КТ/МРТ на черепната база, лумбална пункция и пълно ликворологично изследване вкл. за туморни клетки
- Скринингово токсикологично изследване
- Скринингово изследване за порфирии

Диагностично-лечебният процес в болницата включва поставяне на диагнозата миастения или уточняване етиологията на миастения синдром, установяване състоянието на тимусната жлеза, определяне на тежестта на миастения нарушения, заплахата или наличието на булбарни и дихателни нарушения, уточняване на терапевтичната схема.

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Jenkins (1971)

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи. – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично за тимектомия) и времето на болничния престой.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (ПКК и електролити) се взема до 24 час от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията.

2.1. ЛЕЧЕНИЕ НА ЛЕКА И УМЕРЕНО ТЕЖКА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АЦЕТИЛХОЛИНЕСТЕРАЗНИ ИНХИБИТОРИ

- при всички миастенни синдроми;
- начално лечение на миастения гравис;
- възможно самостоятелно лечение при леките форми на болестта.

Медикамент на избор:

Pyridostigmine bromide

Начало на лечението с 30-60 мг, три четири пъти дневно per os, като дозата може постепенно да се увеличи до 60-90 mg, 4-6 пъти дневно, според дефекта и поносимостта. Уместно е дневната доза да се разпределя според нуждите на пациента (напр. 30 мин. преди хранене при пациенти с леки затруднения в гълтането). За преценка на необходимата и ефективна дозировка на пиридостигмин в определено време на денонощието е уместно използване на скала за тестване на миастенно болен, непосредствено преди, както и 30-60 минути след приемане на медикамента.

КОРТИКОСТЕРОИДИ

Индикации:

- за лечение на умерено тежка и тежка миастения гравис;
- понякога при леко заболяване, например очна форма, което не отговаря на лечение с антихолинестеразни средства;
- при липса на ефект от тимектомия.

При спиране, особено рязко, почти всички болни се влошават, ако са без други имunosупресори.

При по-тежките форми на болестта се започва от високи дози, за предпочитане в условия на клиника, разполагаща с интензивни легла и възможност за евентуална респираторна реанимация, предвид възможността за влошаване на фона на високите дози кортикостероиди, най-често през първите десет дни.

Съпътстващо лечение гастропротектор и /или инхибитори на протонната помпа;
Калий съхраняващ диуретик.

AZATHIOPRINE

Индикации:

- за продължителна имunosупресия, когато не е необходим бърз ефект;
- като допълнителна имунна терапия при бавно настъпващ и недостатъчен ефект от кортикостероидите;
- съвместно с кортикостероиди, с оглед намаляване дозировката и страничните им ефекти;
- при болни със сериозни контраиндикации за приложение на кортикостероиди.

Дозировка: Започва се с 50 mg сутрин и при поносимост, след около една седмица постепенно се увеличава до доза 2.5 – 3 mg/kg/d p.o. Поддържаща доза 1-2 mg/kg/d.

Необходимо е мониториране на кръвна картина и чернодробни ензими средно на две седмици, особено при по-високите дозировки.

CYCLOSPORIN

Индикации:

- имunosупресивна терапия за по-бърз ефект, особено при рефрактерна на други медикаменти миастения гравис.

Дозировка: 2 x 2.5 mg/kg/d p.o.

Мониторират се плазмени нива на препарата, кръвно налягане, урея и креатинин.

ТИМЕКТОМИЯ

Индикации:

- генерализирана миастения гравис при болни от пубертетна до 60 годишна възраст (без стриктно спазване на възрастовите ограничения);
- абсолютна индикация при установен тимом.

Наложително е оптимизиране на състоянието на пациента преди тимектомията. При тежка миастения гравис – предварителна подготовка с имunosупресивна терапия, плазмафереза и интравенозен човешки имуноглобулин (дозировка 2g/kg за 2 или 5 последователни дни). При леки форми на миастения гравис се предпочита провеждането на тимектомия преди започване на имunosупресивно лечение, поради риска от инфекции и други усложнения.

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕНЕН СИНДРОМ НА LAMBERT-EATON

Провеждат се изследвания за откриване на първичния карцином, най-често белодробен дребноклетъчен карцином и при данни за неоплазма се провежда оперативно лечение, лъчетерапия, химиотерапия. При негативни данни за карцином пациентите се проследяват в следващите години, тъй като миастеният синдром може да предшества клиничната изява на карцинома с няколко години. Лечението е симптоматично с антихолинестеразни средства, 3,4-diaminopyridine и имунотерапия с кортикостероиди, азатиоприн, плазмафереза, имуноглобулини при аутоимунен синдром на Lambert-Eaton.

2.3. ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНЕН СИНДРОМ ПРИ БОТУЛИЗЪМ

Пациентът се хоспитализира в интензивно отделение и се мониторира виталните функции. Прави се стомашна промивка, инфузии на водно-електролитни разтвори и се инжектира тривалентен антисерум венозно 500 мл и при прогресия още 250 мл след 4-6 часа. Преди това се прави интрадермална проба за хиперсензитивност. При спадане на ФВК под 30% пациентът се интубира и поставя на автоматичен респиратор.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравето състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- диагностично и етиологично изясняване, уточнена терапевтична схема, подобрене на мускулната уморемост и соматичното състояние;
- при по-тежките форми - след компенсиране на миастенните разстройства и преминаване към перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имunosупресивна терапия.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... Медикамент:..... Лекар:.....

Тест	Точки	Дата и час							
Проба на Баре (1 т. за 10 сек.)	0 – 15								
Проба на Мингацини (1 т. за 5 сек.)	0 – 15								
Повдигане на главата: невъзможно с/у собствена тежест с/у съпротива	0 5 10								
Самостоятелно ставане от легнало положение: невъзможно възможно	0 10								
Нарушения на окуломоториката: диплопия птоза норма	0 5 10								
Затваряне на клепачите: без покриване на корнея с покриване на корнея signe de cils норма	0 5 7 10								
Дъвчене: невъзможно лошо норма	0 5 10								

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервите към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост в началото в определени мускулни групи – очни мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход, напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др. В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имunosупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имunosупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. при ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб и по-рядко на други органи, също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпването в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

Преди хоспитализацията Вие ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Ще имате възможност да задавате въпроси и да коментирате информацията с общопрактикуващия лекар, с невролога от извънболничната медицинска помощ или с лекаря в приемния кабинет.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на Вашата диагноза и за определяне тежестта на заболяването и ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност ще бъдете преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия ви екип за по - нататъшното ви здравословно състояние.

**КП № 64 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНИЯ
ГРАВИС И МИАСТЕННИ СИНДРОМИ
КП № 64.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНИЯ
ГРАВИС И МИАСТЕННИ СИНДРОМИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18
ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс

Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis

Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести

Миастенни синдроми при:

- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

<p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • корем (56301-01, 56307-01 [1957]) • и таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • мозък (57001, 57007 [1957]) 	
56301-00	Компютърна томография на гръден кош
56307-00	Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
Невромускулна електродиагностика	
<p>ЕМГ [електромиография]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невромускулна проводимост</p>	
11012-00	Електромиография (ЕМГ) <i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>	

- 96199-07 **Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество**
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])

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

Включва:

подкожна инжекция или инфузия с местно или общо действие
интрамускулна инжекция или инфузия с местно или общо действие
интравенозна инжекция или инфузия с местно или общо действие

- 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])
- 96197-03 **Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид**
- 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**
- 96200-09 **Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен**

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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 доказана миастения гравис, КТ или МРТ на медиастинум се прави по преценка, съобразно състоянието.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ (за деца до 18 години), от обхватът на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“ (за новородени до 28 ден).

1. 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 неврология или детска неврология или

Неонатологична клиника/отделение от II и III ниво– само за новородени до 28 ден
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
2. Клинична лаборатория II ниво *
3. Кабинет (апарат) по ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”

или

лекар със специалност по детска неврология

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28 дни за лечение на неонатална миастения:

- лекар със специалност по неонатология.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Диагностично уточняване на миастения гравис и миастенни синдроми при:

- данни за патологична мускулна уморяемост - генерализирана, очедвигателна или булбарна;
- положителен простигминов тест;
- ЕМГ данни за нарушено нервно-мускулно предаване;
- новородени на майки с миастения гравис и симптоми на мускулна хипотония, слаб плач, респираторни затруднения.

Лечение на миастенна криза при:

- доказана миастения гравис - влошаване, необходимост от промяна в терапията или започване на имunosупресивно лечение;
- Миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен);
- лекарствено-индуциран миастенен синдром;
- миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения;
- миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.;
- миастенен синдром при ботулизъм;
- неонатална миастения;
- конгенитална миастения;
- други миастенни синдроми.

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

Болните с неизяснени миастенни синдроми се хоспитализират в университетски клиники, където се провеждат следните диагностични тестове:

- ЕМГ – за миастенна реакция и за изключване на миогенна, преднорогова или перифернонервна увреда
- Простигминов/ пиридостигминов тест
- Титър на антителата към ацетилхолиновите рецептори
- КТ/МРТ на медиастина с оглед установяване на хиперплазия на тимуса или тимом
- Мускулни ензими – КК, алдолаза
- ПКК и биохимия, вкл. електролити
- Функционално изследване на дишането
- Имунологични изследвания за изключване на асоциация с други автоимунни заболявания (антинуклеарни антитела, ревматоиден фактор и др.)
- Хормонални изследвания – тиреоидни хормони, стероидни хормони за изключване на хипокортицизъм и хипералдостеронизъм

- При миастенен синдром на Lambert-Eaton - рентгенография и КТ на белия дроб, ехография и КТ на коремните органи и други изследвания за търсене на първичен карцином, изследвания за органоспецифични аутоимунни заболявания като тиреоидит на Хашимото, пернициозна анемия и др.
- При очедвигателни нарушения – КТ/MPT на глава вкл. и орбити за изключване на интракраниални или орбитални неоплазми, множествена склероза, съдова патология (MPT-ангиография, конвенционална ангиография)
- Биопсия на мускул – при съмнение за полимиозит, васкулит, конгенитална миастения, миопатия вкл. митохондриална и метаболитни миопатии
- При булбарни нарушения – КТ/MPT на черепната база, лумбална пункция и пълно ликворологично изследване вкл. за туморни клетки
- Скринингово токсикологично изследване
- Скринингово изследване за порфирина

Диагностичният процес в болницата включва поставяне на диагнозата миастения или уточняване на етиологията на миастения синдром, установяване състоянието на тимусната жлеза, определяне на тежестта на миастения нарушения, заплахата или наличието на булбарни и дихателни нарушения, уточняване на терапевтичната схема.

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Genkins (1971)

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастения прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи – болнично лечение може да се осъществи в интензивна клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастения нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично за тимектомия) и времето на болничния престой.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Биологичен материал (ПКК и електролити за медико-диагностични изследвания) се взема до 24 часа от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията.

2.1. ЛЕЧЕНИЕ НА ЛЕКА И УМЕРЕНО ТЕЖКА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АЦЕТИЛХОЛИНЕСТЕРАЗНИ ИНХИБИТОРИ

- при всички миастенни синдроми;
- начално лечение на миастения гравис;
- възможно самостоятелно лечение при леките форми на болестта.

Медикамент на избор:

Pyridostigmine bromide

Начало на лечението с 30-60 мг, три четири пъти дневно per os, като дозата може постепенно да се увеличи до 60-90 mg, 4-6 пъти дневно, според дефекта и поносимостта. Уместно е дневната доза да се разпределя според нуждите на пациента (напр. 30 мин. преди хранене при пациенти с леки затруднения в гълтането). За преценка на необходимата и ефективна дозировка на пиридостигмин в определено време на денонощието е уместно използване на скала за тестване на миастенно болен, непосредствено преди, както и 30-60 минути след приемане на медикамента.

КОРТИКОСТЕРОИДИ

Индикации:

- за лечение на умерено тежка и тежка миастения гравис;
- понякога при леко заболяване, например очна форма, което не отговаря на лечение с антихолинестеразни средства;
- при липса на ефект от тимектомия.

При спиране, особено рязко, почти всички болни се влошават, ако са без други имunosупресори.

При по-тежките форми на болестта се започва от високи дози, за предпочитане в условия на клиника, разполагаща с интензивни легла и възможност за евентуална респираторна реанимация, предвид възможността за влошаване на фона на високите дози кортикостероиди, най-често през първите десет дни.

Съпътстващо лечение - гастропротектор и /или инхибитори на протонната помпа.

Калий съхраняващ диуретик.

AZATHIOPRINE

Индикации:

- за продължителна имunosупресия, когато не е необходим бърз ефект;
- като допълнителна имунна терапия при бавно настъпващ и недостатъчен ефект от кортикостероидите;
- съвместно с кортикостероиди, с оглед намаляване дозировката и страничните им ефекти;
- при болни със сериозни контраиндикации за приложение на кортикостероиди.

Дозировка: Започва се с 50 mg сутрин и при поносимост, след около една седмица постепенно се увеличава до доза 2.5 – 3 mg/kg/d p.o. Поддържаща доза 1-2 mg/kg/d.

Необходимо е мониториране на кръвна картина и чернодробни ензими средно на две седмици, особено при по-високите дозировки.

CYCLOSPORIN

Индикации:

- имunosупресивна терапия за по-бърз ефект, особено при рефрактерна на други медикаменти миастения гравис.

Дозировка: 2 x 2.5 mg/kg/d p.o.

Мониторират се плазмени нива на препарата, кръвно налягане, урея и креатинин.

ТИМЕКТОМИЯ

Индикации:

- генерализирана миастения гравис при болни от пубертетна до 60 годишна възраст (без стриктно спазване на възрастовите ограничения);
- абсолютна индикация при установен тимом.

Наложително е оптимизиране на състоянието на пациента преди тимектомията. При тежка миастения гравис – предварителна подготовка с имunosупресивна терапия, плазмафереза и интравенозен човешки имуноглобулин (дозировка 2g/kg за 2 или 5 последователни дни). При леки форми на миастения гравис се предпочита провеждането на тимектомия преди започване на имunosупресивно лечение, поради риска от инфекции и други усложнения.

2.2. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕНЕН СИНДРОМ НА LAMBERT-EATON

Провеждат се изследвания за откриване на първичния карцином, най-често белодробен дребноклетъчен карцином и при данни за неоплазма се провежда оперативно лечение, лъчетерапия, химиотерапия. При негативни данни за карцином пациентите се проследяват в следващите години, тъй като миастеният синдром може да предшества клиничната изява на карцинома с няколко години. Лечението е симптоматично с антихолинестеразни средства, 3,4-diaminopyridine и имунотерапия с кортикостероиди, азатиоприн, плазмафереза, имуноглобулини при аутоимунен синдром на Lambert-Eaton.

2.3. ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНЕН СИНДРОМ ПРИ БОТУЛИЗЪМ

Пациентът се хоспитализира в интензивно отделение и се мониторира виталните функции. Прави се стомашна промивка, инфузии на водно-електролитни разтвори и се инжектира тривалентен антисерум венозно 500 мл и при прогресия още 250 мл след 4-6 часа. Преди това се прави интрадермална проба за хиперсензитивност. При спадане на ФВК под 30% пациентът се интубира и поставя на автоматичен респиратор.

2.4. ЛЕЧЕНИЕ НА НЕОНАТАЛНА МИАСТЕНИЯ

Дължи се на трансплацентарен пренос на антитела. Наблюдава се в 10-15% от новородените на майки с миастения. Премахва за 2-4 седмици. Новороденото се наблюдава до 72-я час след раждането и при затруднение в сученето, гълтането, дишането се назначават антихолинестеразни средства през назогастралната сонда. В по-тежки случаи се извършва плазмафереза.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- диагностично и етиологично изясняване, уточнена терапевтична схема, подобрение на мускулната уморяемост и соматичното състояние;
- при по-тежките форми - след компенсиране на миастенните разстройства и преминаване към перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имunosupресивна терапия.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

**ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ
“ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.**

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... Медикамент:..... Лекар:.....

[illegible]

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервните към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост в началото в определени мускулни групи – очни мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход, напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др. В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имunosупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имunosупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. при ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб и по-рядко на други органи също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпване в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на диагнозата и за определяне тежестта на заболяването и ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност пациента ще бъде преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия екип за по-нататъшното здравословно състояние на пациента.

КП № 65 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С КОРТИКОСТЕРОИДИ И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ КП № 65.1 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С КОРТИКОСТЕРОИДИ И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 20 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс

Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis

Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести

Миастенни синдроми при:

- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
 - и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

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])

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

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен

Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени задължително лечебните процедури с кодове 13882-00, 13882-01 или 13882-02 и 96199-03 или 96197-03.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕМГ кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение (лаборатория) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести“).

4.2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.3. Лекар със специалност по УНГ – по договор.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и интензивно лечение, в т. ч. кортикостероидна терапия на пациенти със:

- тежка форма на генерализирана миастения;
- миастения с изразени булбарни нарушения;
- заплашваща миастенна криза;
- заплашваща холинергична (смесена) криза;
- миастения с дихателни нарушения;
- миастенни кризи при (миастения гравис; миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и аутоимунен); лекарствено-индуциран миастенен синдром; миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения; миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.; миастенен синдром при ботулизъм, неонатална миастения, конгенитална миастения;
- други миастенни синдроми.

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Genkins (1971):

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично - за тимектомия) и времето на болничния престой.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (ПКК и електролити) се взема до 24-тия час от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията, ако не са извършени в амбулаторни условия.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

В хода на миастения гравис при 15-30% от болните настъпва влошаване, което може да бъде провокирано от интеркурентна инфекция, стрес, неадекватни промени в лечението (рязко намаляване или спиране, включване на аминокликозиди или други блокатори на нервно-мускулния синапс), операции, бременност, раждане или от самия ход на заболяването. Развива се миастенна криза, характеризираща се генерализирана мускулна слабост, изразена булбарна симптоматика и патологична изтощаемост на респираторната мускулатура. Развитието на дихателна недостатъчност е основна проява на миастенната криза и налага хоспитализация в интензивно неврологично отделение или ОАИЛ за провеждане на дихателна реанимация.

Неконтролирано покачване на дозата на ацетилхолинестеразните инхибитори при пациенти със задълбочаване на миастенната симптоматика може да доведе до холинергична (наричана от някои автори смесена) криза, с прибавяне на М-холинергични ефекти – повишена бронхиална секреция и слюноотделяне, брадикардия и хипотензия, колики, диария, мускулни фасцикулации. Такива пациенти също са индицирани за настаняване в отделение с възможност за интензивно лечение и реанимация.

Клинични критерии за заплашваща миастенна криза и хоспитализация в отделение за дихателна реанимация:

- дисфония;
- чести паузи при говорене и дъвчане;
- невъзможност за гълтане на вода;
- тахикардия;
- тахипнея (честота над 25/min);
- невъзможност за добро откашляне;
- участие на спомагателната мускулатура при дишане;
- обща, предимно проксимална слабост;
- фебрилитет;
- витален капацитет по-малко от 20 ml/kg.

Терапевтичното поведение по отношение на дихателната функция включва следните елементи:

- Ендотрахеална интубация с внимание за аспирационни усложнения.
- ИБВ с/без прилагане на РЕЕР.
- Мониториране на дихателната функция.
- След преценка на тежестта на кризата – провеждане на трахеостомия за осъществяване на по-добър тоалет на трахеобронхиалното дърво и комфорт за пациента, и провеждане на продължителна ИБВ.
- Регулярна аспирация на бронхиалните секрети на 1-4 часа, при необходимост – бронхоскопско почистване на бронхиалното дърво.
- Физиотерапия – перкуторен, вибрационен и постурален масаж, инхалации.

- По възможност ранна мобилизация на болните до седнало и право положение, което профилактира развитие на дихателни и тромбоемболични усложнения.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

Антихолинестеразна терапия

Обикновено тя е неадекватна (недостатъчна, недостатъчно ефективна или предозирана с влошаването на болния), а от друга страна увеличава бронхиалната секреция. Поради това може да бъде преустановена поне за 24 часа при болните на ИБВ. След това, на фона на ИБВ се назначава умерена доза – 60 mg Pyridostigmine bromide на 6 часа през назогастрална сонда. Рядко се използва парентерален медикамент, i.m или s.c в доза 1/30 от ентéralната. При холинергични и смесени кризи временното преустановяване на антихолинестеразната терапия е задължително.

Кортикостероиди

При болни поставени на ИБВ и трахеостомирани, за получаване на сравнително бърз ефект, може да се започне лечение с високи дози кортикостероиди без особен риск от влошаване на миастенията. Може да се премине на алтернативна схема след стабилизиране на състоянието и отвикване от респиратора.

Съпътстващо лечение:

Гастропротектор: парентерални H₂ блокери.

Протонни инхибитори.

KCl 15% amp бавно i.v. на перфузор или в банки, според стойностите на серумния K⁺

Симптоматично лечение при миастенните кризи

Антибиотици: за профилактика и лечение на съпътстващи инфекции (пневмония, уроинфекции, сепсис и др.)

Предпочитана група – цефалоспорици от втора, трета и четвърта генерация.

Гастропротектори.

Корекция на електролитен дисбаланс и хипопротеинемия.

Нискомолекулярни хепарини или антиагрегантни дози на субкутанен Heparin при продълго имобилизирани болни.

Хранене и интензивни грижи

Важен елемент от грижите за пациентите с миастенни кризи е осигуряването на хранене с достатъчно калории (около 30 cal/kg/d) и състав (с високо съдържание на протеини). Основен метод на хранене е ентéralен през назогастрална сонда, допълнена от парентерални инфузии на хранителни субстанции, проследява се ЦВН. Профилактират се флеботромбози, ателектази, бронхопневмонии.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:
- компенсиране на миастенната криза;
- преминаване на перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имunosupресивна терапия;
- възстановяване на спонтанното дишане.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервните към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост, в началото в определени мускулни групи – очните мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете, и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход (напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др.). В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имunosупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имunosупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват, и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността, или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб (и по-рядко на други органи) също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпването в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

Преди хоспитализацията Вие ще получите копие от формуляра за информация за пациента; ще имате възможност да задавате въпроси и да коментирате информацията с вашия общопрактикуващ лекар, със специалиста - невролог от извънболничната медицинска помощ или с лекаря в приемния кабинет.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на диагнозата и за определяне тежестта на заболяването; ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност ще бъдете преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия ви екип за по нататъшното ви здравословно състояние.

Ако сте съгласен с изложеното, моля подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болница и да бъдат направени съответните диагностични и терапевтични процедури. Ако състоянието Ви не позволява да разберете смисъла на представената информация и да вземете решение, в този случай информираното съгласие трябва да бъде подписано от членове на вашето семейство.

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... Медикамент:..... Лекар:.....

[illegible]

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

КП № 65 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С КОРТИКОСТЕРОИДИ И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ КП № 65.2 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С КОРТИКОСТЕРОИДИ И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 20 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс

Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis

Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести

Миастенни синдроми при:

- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
 - и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

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])

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

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:

- на ≥ 1 мускул(и)
 - използвайки кръгови иглени електроди
- Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна

Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен

Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени задължително лечебните процедури с кодове 13882-00, 13882-01 или 13882-02 и 96199-03 или 96197-03.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ (за лица до 18 години), от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“ (за новородени до 28-ия ден).

1. 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 неврология/детска неврология или Неонатологична клиника/отделение от II или III ниво – за новородени до 28 ден
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕМГ кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение (лаборатория) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ за клиника/отделение по неврология

или

- лекар със специалност по нервни болести /детска неврология за клиника/отделение по детска неврология

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28 дни за лечение на неонатална миастения:

- лекар със специалност по неонатология;
- лекар със специалност по нервни болести /детски невролог.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести“).

4.2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.3. Лекар със специалност по УНГ – по договор.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и интензивно лечение, в т. ч. кортикостероидна терапия на пациенти със:

- тежка форма на генерализирана миастения;
- миастения с изразени булбарни нарушения;
- заплашваща миастенна криза;
- заплашваща холинергична (смесена) криза;
- миастения с дихателни нарушения;
- миастенни кризи при (миастения гравис; миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен); лекарствено-индуциран миастенен синдром; миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения; миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.; миастенен синдром при ботулизъм, неонатална миастения, конгенитална миастения;
- други миастенни синдроми.

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Genkins (1971):

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично - за тимектомия) и времето на болничния престой.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (ПКК и електролити) се взема до 24-тия час от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията, ако не са извършени в амбулаторни условия.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

В хода на миастения гравис при 15-30% от болните настъпва влошаване, което може да бъде провокирано от интеркурентна инфекция, стрес, неадекватни промени в лечението (рязко намаляване или спиране, включване на аминогликозиди или други блокатори на нервно-мускулния синапс), операции, бременност, раждане или от самия ход на заболяването. Развива се миастенна криза, характеризираща се генерализирана мускулна слабост, изразена булбарна симптоматика и патологична изтощаемост на респираторната мускулатура. Развитието на дихателна недостатъчност е основна проява на миастенната криза и налага хоспитализация в интензивно неврологично отделение или ОАИЛ за провеждане на дихателна реанимация.

Неконтролирано покачване на дозата на ацетилхолинестеразните инхибитори при пациенти със задълбочаване на миастенната симптоматика може да доведе до холинергична (наричана от някои автори смесена) криза, с прибавяне на М-холинергични ефекти – повишена бронхиална секреция и слюноотделяне, брадикардия и хипотензия, колики, диария, мускулни фасцикулации. Такива пациенти също са индицирани за настаняване в отделение с възможност за интензивно лечение и реанимация.

Клинични критерии за заплашваща миастенна криза и хоспитализация в отделение за дихателна реанимация:

- дисфония;
- чести паузи при говорене и дъвчане;
- невъзможност за гълтане на вода;
- тахикардия;
- тахипнея (честота над 25/min);
- невъзможност за добро откашляне;
- участие на спомагателната мускулатура при дишане;
- обща, предимно проксимална слабост;
- фебрилитет;
- витален капацитет по-малко от 20 ml/kg.

Терапевтичното поведение по отношение на дихателната функция включва следните елементи:

- Ендотрахеална интубация с внимание за аспирационни усложнения.
- ИБВ с/без прилагане на РЕЕР.
- Мониториране на дихателната функция.
- След преценка на тежестта на кризата – провеждане на трахеостомия за осъществяване на по-добър тоалет на трахеобронхиалното дърво и комфорт за пациента, и провеждане на продължителна ИБВ.
- Регулярна аспирация на бронхиалните секрети на 1-4 часа, при необходимост – бронхоскопско почистване на бронхиалното дърво.
- Физиотерапия – перкуторен, вибрационен и постурален масаж, инхалации.
- По възможност ранна мобилизация на болните до седнало и право положение, което профилактира развитие на дихателни и тромбоемболични усложнения.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

Антихолинестеразна терапия

Обикновено тя е неадекватна (недостатъчна, недостатъчно ефективна или предозирана с влошаването на болния), а от друга страна увеличава бронхиалната секреция. Поради това може да бъде преустановена поне за 24 часа при болните на ИБВ. След това, на фона на ИБВ се назначава умерена доза – 60 mg Pyridostigmine bromide на 6 часа през назогастрална сонда. Рядко се използва парентерален медикамент, i.m или s.c в доза 1/30 от ентералната. При холинергични и смесени кризи временното преустановяване на антихолинестеразната терапия е задължително.

Кортикостероиди

При болни поставени на ИБВ и трахеостомирани, за получаване на сравнително бърз ефект, може да се започне лечение с високи дози кортикостероиди без особен риск от влошаване на миастенията. Може да се премине на алтернативна схема след стабилизиране на състоянието и отвикване от респиратора.

Съпътстващо лечение:

Гастропротектор: парентерални H₂ блокери.

Протонни инхибитори.

KCl 15% amp бавно i.v. на перфузор или в банки, според стойностите на серумния K⁺

Симптоматично лечение при миастенните кризи

Антибиотици: за профилактика и лечение на съпътстващи инфекции (пневмония, уроинфекции, сепсис и др.)

Предпочитана група – цефалоспорици от втора, трета и четвърта генерация.

Гастропротектори.

Корекция на електролитен дисбаланс и хипопротеинемия.

Нискомолекулярни хепарини или антиагрегантни дози на субкутанен Heparin при по-дълго имобилизирани болни.

Хранене и интензивни грижи

Важен елемент от грижите за пациентите с миастенни кризи е осигуряването на хранене с достатъчно калории (около 30 cal/kg/d) и състав (с високо съдържание на протеини). Основен метод на хранене е ентерален през назогастрална сонда, допълнена от парентерални инфузии на хранителни субстанции, проследява се ЦВН. Профилактират се флеботромбози, ателектази, бронхопневмонии.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:
- компенсиране на миастенната криза;
- преминаване на перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имunosупресивна терапия;
- възстановяване на спонтанното дишане.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервните към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост, в началото в определени мускулни групи – очните мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете, и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход (напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др.). В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имunosупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имunosупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват, и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността, или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб (и по-рядко на други органи) също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпването в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

Преди хоспитализацията Вие ще получите копие от формуляра за информация за пациента; ще имате възможност да задавате въпроси и да коментирате информацията с вашия общопрактикуващ лекар, със специалиста - невролог от извънболничната медицинска помощ или с лекаря в приемния кабинет.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на диагнозата и за определяне тежестта на заболяването; ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност ще бъдете преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия ви екип за по нататъшното ви здравословно състояние.

Ако сте съгласен с изложеното, моля подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болница и да бъдат направени съответните диагностични и терапевтични процедури. Ако състоянието Ви не позволява да разберете смисъла на представената информация и да вземете решение, в този случай информираното съгласие трябва да бъде подписано от членове на вашето семейство.

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... Медикамент:..... Лекар:.....

[illegible]

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

**КП № 66 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С ЧОВЕШКИ
ИМУНОГЛОБУЛИН И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ**
**КП № 66.1 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С ЧОВЕШКИ
ИМУНОГЛОБУЛИН И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА
НАД 18 ГОДИНИ**

Минимален болничен престой – 10 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс

Не включва:

ботулизъм (A05.1)

преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis

Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

**Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани
другаде**

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести

Миастенни синдроми при:

- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва:

кост

гръдна стена

бял дроб

медиастинум

плевра

Не включва:

компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:

	<ul style="list-style-type: none"> • корем (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • мозък (57001, 57007 [1957])
56301-00	Компютърна томография на гръден кош
56307-00	Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	Рентгенография на гръден кош Включва: бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум Не включва: такава на: <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
Невромускулна електродиагностика	
	ЕМГ [електромиография]: <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди Изследване на невромускулна проводимост
11012-00	Електромиография (ЕМГ) Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ Включва: отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Вентилаторно подпомагане	
	Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия

Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

	<ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-05	Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури (13706-05 - лечение с човешки имуноглобулин и 13882-02 - апаратна вентилация), посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

1. 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 неврология
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕМГ кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност
двама лекари с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести“).

4.2. Лекар със специалност по УНГ болести – по договор.

4.3. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Спешна диагностика и интензивно лечение, в т. ч. лечение с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация на:

- тежка форма на генерализирана миастения;
- миастения с изразени булбарни нарушения;
- заплашваща миастенна криза;
- заплашваща холинергична (смесена) криза;
- миастения с дихателни нарушения;
- миастенни кризи при: миастения гравис, миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен), лекарствено-индуциран миастенен синдром, миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения, миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др., миастенен синдром при ботулизъм, неонатална миастения, конгенитална миастения;
- други миастенни синдром.

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

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Jenkins (1971)

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично за тимектомия) и времето на болничния престой.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (ПКК и електролити) се взема до 6-тия час от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията, ако не са извършени в амбулаторни условия.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

В хода на миастения гравис при 15-30% от болните настъпва влошаване, което може да бъде провокирано от интеркурентна инфекция, стрес, неадекватни промени в лечението (рязко намаляване или спиране, включване на аминокликозиди или други блокатори на нервно-мускулния синапс), операции, бременност, раждане или от самия ход на заболяването. Развива се миастенна криза, характеризираща се генерализирана мускулна слабост, изразена булбарна симптоматика и патологична изтощаемост на респираторната мускулатура. Развитието на дихателна недостатъчност е основна проява на миастенната криза и налага хоспитализация в интензивно неврологично отделение или ОАИЛ за провеждане на дихателна реанимация.

Неконтролирано покачване на дозата на ацетилхолинестеразните инхибитори при пациенти със задълбочаване на миастенната симптоматика може да доведе до холинергична (наричана от някои автори смесена) криза, с прибавяне на М-холинергични ефекти – повишена бронхиална секреция и слюноотделяне, брадикардия и хипотензия, колики, диария, мускулни фасцикулации. Такива пациенти също са индицирани за настаняване в отделение с възможност за интензивно лечение и реанимация.

Клинични критерии за заплашваща миастенна криза и хоспитализация в отделение за дихателна реанимация:

- дисфония;
- чести паузи при говорене и дъвчане;
- невъзможност за гълтане на вода;
- тахикардия;
- тахипнея (честота над 25/min);
- невъзможност за добро откашляне;

- участие на спомагателната мускулатура при дишане;
- обща, предимно проксимална слабост;
- фебрилитет;
- витален капацитет по-малко от 20 ml/kg.

Терапевтичното поведение по отношение на дихателната функция включва следните елементи:

- Ендотрахеална интубация с внимание за аспирационни усложнения.
- ИБВ с/без прилагане на РЕЕР.
- Мониториране на дихателната функция.
- След преценка на тежестта на кризата – провеждане на трахеостомия за осъществяване на по-добър тоалет на трахеобронхиалното дърво и комфорт за пациента, и провеждане на продължителна ИБВ.
- Регулярна аспирация на бронхиалните секрети на 1-4 часа, при необходимост – бронхоскопско почистване на бронхиалното дърво.
- Физиотерапия – перкуторен, вибрационен и постурален масаж, инхалации.
- По възможност ранна мобилизация на болните до седнало и право положение, което профилактира развитие на дихателни и тромбоемболични усложнения.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

Антихолинестеразна терапия

Обикновено тя е неадекватна (недостатъчна, недостатъчно ефективна или предозирана с влошаването на болния), а от друга страна увеличава бронхиалната секреция. Поради това може да бъде преустановена поне за 24 часа при болните на ИБВ. След това, на фона на ИБВ се назначава умерена доза – 60 mg Pyridostigmine bromide на 6 часа през назогастрална сонда. Рядко се използва парентерален медикамент, i.m или s.c в доза 1/30 от ентэралната. При холинергични и смесени кризи временното преустановяване на антихолинестеразната терапия е задължително.

Кортикостероиди

При болни поставени на ИБВ и трахеостомирани, за получаване на сравнително бърз ефект, може да се започне лечение с високи дози кортикостероиди без особен риск от влошаване на миастенията. Може да се премине на алтернативна схема след стабилизиране на състоянието и отвикване от респиратора.

Съпътстващо лечение:

Гастропротектор.

Протонни инхибитори.

KCl 15% amp бавно i.v. на перфузор или в банки, според стойностите на серумния K⁺.

Интравенозен човешки имуноглобулин

За по-бърз ефект в началото на миастенната криза или на фона на бавно настъпващ или липсващ ефект от провежданата имunosупресивна терапия.

Дозировка: 400 mg/kg/d в пет последователни дни на бавна интравенозна инфузия 4.5g/h.

При суспектни пациенти за дефицит на IgA да се изследват серумни имуноглобулини поради риск от анафилактична реакция.

Терапевтична плазмафереза

За постигане на бърз ефект, при съобразяване на всички съпътстващи рискове и странични ефекти.

Доза: 3-6 обмена за една – две седмици.

Симптоматично лечение при миастенните кризи

Антибиотици: за профилактика и лечение на съпътстващи инфекции (пневмония, уроинфекции, сепсис и др.)

Предпочитана група – цефалоспорици от втора, трета и четвърта генерация.

Гастропротектори.

Корекция на електролитен дисбаланс и хипопротеинемия.

Нискомолекулярни хепарини или антиагрегантни дози на субкутанен Heparin при по-дълго имобилизирани болни.

Хранене и интензивни грижи

Важен елемент от грижите за пациентите с миастенни кризи е осигуряване на достатъчно калории (около 30 cal/kg/d) и състав (с високо съдържание на протеини) хранене. Основен метод на хранене е ентeрален през назо-гастрална сонда, допълнена от парентерални инфузии на хранителни субстанции, проследява се ЦВН. Профилактират се флеботромбози, ателектази, бронхопневмонии.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:
- компенсиране на миастенната криза;
- преминаване на перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имуносупресивна терапия;
- възстановяване на спонтанното дишане.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

**ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С
МИАСТЕННИ КРИЗИ**

Име:.....

ЕГН

ИЗ №:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
За по-бърз ефект в началото на миастенната криза или на фона на бавно настъпващ или липсващ ефект от провежданата имunosupресивна терапия.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен IgA-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза от 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с IgA недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния IgA.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза имуноглобулин, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

Име:

EĞİTİM

[illegible][illegible]

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... Медикамент:..... Лекар:.....

[illegible]

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервните към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост, в началото в определени мускулни групи – очните мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете, и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход (напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др.). В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имunosупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имunosупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността, или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб и по-рядко на други органи също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпването в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на диагнозата и за определяне тежестта на заболяването; ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност ще бъдете преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия ви екип за по нататъшното ви здравословно състояние.

КП № 66 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 66.2 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 10 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс

Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis

Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести

Миастенни синдроми при:

- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

	<ul style="list-style-type: none"> • корем (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • мозък (57001, 57007 [1957])
56301-00	Компютърна томография на гръден кош
56307-00	Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	Рентгенография на гръден кош Включва: бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум Не включва: такава на: <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
Невромускулна електродиагностика	
	ЕМГ [електромиография]: <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди Изследване на невромускулна проводимост
11012-00	Електромиография (ЕМГ) Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ Включва: отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Вентилаторно подпомагане	
	Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба –

трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт

	<ul style="list-style-type: none"> • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-05	Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури 13706-05 - лечение с човешки имуноглобулин и 13882-02 - апаратна вентилация, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ (за лица до 18 години), от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“ (за новородени до 28-ия ден).

1. 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 неврология/детска неврология или Неонатологична клиника/отделение – за новородени до 28 ден
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕМГ кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия

2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност
двама лекари с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести” за Клиника/отделение по неврология

или

- лекар със специалност по нервни болести /детска неврология за Клиника/отделение по детска неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28 дни:

За лечение на неонатална миастения:

- лекар със специалност по неонатология;

- лекар със специалност по нервни болести /детски невролог.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести”).

4.2. Лекар със специалност по УНГ болести – по договор.

4.3. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Спешна диагностика и интензивно лечение, в т. ч. лечение с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация на:

- тежка форма на генерализирана миастения;
- миастения с изразени булбарни нарушения;
- заплашваща миастенна криза;
- заплашваща холинергична (смесена) криза;
- миастения с дихателни нарушения;
- миастенни кризи при: миастения гравис, миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен), лекарствено-индуциран миастенен синдром, миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения, миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др., миастенен синдром при ботулизъм, неонатална миастения, конгенитална миастения;
- други миастенни синдром.

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

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Genkins (1971)

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично за тимектомия) и времето на болничния престой.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (ПКК и електролити) се взема до 6-тия час от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията, ако не са извършени в амбулаторни условия.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

В хода на миастения гравис при 15-30% от болните настъпва влошаване, което може да бъде провокирано от интеркурентна инфекция, стрес, неадекватни промени в лечението (рязко намаляване или спиране, включване на аминокликозиди или други блокатори на нервно-мускулния синапс), операции, бременност, раждане или от самия ход на заболяването. Развива се миастенна криза, характеризираща се генерализирана мускулна слабост, изразена булбарна симптоматика и патологична изтощаемост на респираторната мускулатура. Развитието на дихателна недостатъчност е основна проява на миастенната криза и налага хоспитализация в интензивно неврологично отделение или ОАИЛ за провеждане на дихателна реанимация.

Неконтролирано покачване на дозата на ацетилхолинестеразните инхибитори при пациенти със задълбочаване на миастенната симптоматика може да доведе до холинергична (наричана от някои автори смесена) криза, с прибавяне на М-холинергични ефекти – повишена бронхиална секреция и слюноотделяне, брадикардия и хипотензия, колики, диария, мускулни фасцикулации. Такива пациенти също са индицирани за настаняване в отделение с възможност за интензивно лечение и реанимация.

Клинични критерии за заплашваща миастенна криза и хоспитализация в отделение за дихателна реанимация:

- дисфония;
- чести паузи при говорене и дъвчане;
- невъзможност за гълтане на вода;
- тахикардия;
- тахипнея (честота над 25/min);
- невъзможност за добро откашляне;
- участие на спомагателната мускулатура при дишане;
- обща, предимно проксимална слабост;
- фебрилитет;
- витален капацитет по-малко от 20 ml/kg.

Терапевтичното поведение по отношение на дихателната функция включва следните елементи:

- Ендотрахеална интубация с внимание за аспирационни усложнения.
- ИБВ с/без прилагане на РЕЕР.
- Мониториране на дихателната функция.
- След преценка на тежестта на кризата – провеждане на трахеостомия за осъществяване на по-добър тоалет на трахеобронхиалното дърво и комфорт за пациента, и провеждане на продължителна ИБВ.
- Регулярна аспирация на бронхиалните секрети на 1-4 часа, при необходимост – бронхоскопско почистване на бронхиалното дърво.
- Физиотерапия – перкуторен, вибрационен и постурален масаж, инхалации.
- По възможност ранна мобилизация на болните до седнало и право положение, което профилактира развитие на дихателни и тромбоемболични усложнения.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

Антихолинестеразна терапия

Обикновено тя е неадекватна (недостатъчна, недостатъчно ефективна или предозирана с влошаването на болния), а от друга страна увеличава бронхиалната секреция. Поради това може да бъде преустановена поне за 24 часа при болните на ИБВ. След това, на фона на ИБВ се назначава умерена доза – 60 mg Pyridostigmine bromide на 6 часа през назогастрална сонда. Рядко се използва парентерален медикамент, i.m или s.c в доза 1/30 от ентéralната. При холинергични и смесени кризи временното преустановяване на антихолинестеразната терапия е задължително.

Кортикостероиди

При болни поставени на ИБВ и трахеостомирани, за получаване на сравнително бърз ефект, може да се започне лечение с високи дози кортикостероиди без особен риск от влошаване на миастенията. Може да се премине на алтернативна схема след стабилизиране на състоянието и отвикване от респиратора.

Съпътстващо лечение:

Гастропротектор.

Протонни инхибитори.

KCl 15% amp бавно i.v. на перфузор или в банки, според стойностите на серумния K^+ .

Интравенозен човешки имуноглобулин

За по-бърз ефект в началото на миастенната криза или на фона на бавно настъпващ или липсващ ефект от провежданата имunosупресивна терапия.

Дозировка: 400 mg/kg/d в пет последователни дни на бавна интравенозна инфузия 4.5g/h.

При суспектни пациенти за дефицит на IgA да се изследват серумни имуноглобулини поради риск от анафилактична реакция.

Терапевтична плазмафереза

За постигане на бърз ефект, при съобразяване на всички съпътстващи рискове и странични ефекти.

Доза: 3-6 обмена за една – две седмици.

Симптоматично лечение при миастенните кризи

Антибиотици: за профилактика и лечение на съпътстващи инфекции (пневмония, уроинфекции, сепсис и др.)

Предпочитана група – цефалоспорици от втора, трета и четвърта генерация.

Гастропротектори.

Корекция на електролитен дисбаланс и хипопротеинемия.

Нискомолекулярни хепарини или антиагрегантни дози на субкутанен Heparin при продълго имобилизирани болни.

Хранене и интензивни грижи

Важен елемент от грижите за пациентите с миастенни кризи е осигуряване на достатъчно калории (около 30 cal/kg/d) и състав (с високо съдържание на протеини) хранене. Основен метод на хранене е ентерален през назо-гастрална сонда, допълнена от парентерални инфузии на хранителни субстанции, проследява се ЦВН. Профилактират се флеботромбози, ателектази, бронхопневмонии.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:
- компенсиране на миастенната криза;
- преминаване на перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имunosупресивна терапия;
- възстановяване на спонтанното дишане.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

**ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С
МИАСТЕННИ КРИЗИ**

Име:.....

ЕГН

ИЗ №:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
За по-бърз ефект в началото на миастенната криза или на фона на бавно настъпващ или липсващ ефект от провежданата имunosupресивна терапия.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен IgA-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза от 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с IgA недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния IgA.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза имуноглобулин, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

Име:

EĞİTİM

[illegible][illegible]

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... Медикамент:..... Лекар:.....

[illegible]

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервните към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост, в началото в определени мускулни групи – очните мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете, и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход (напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др.). В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имunosупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имunosупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността, или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб и по-рядко на други органи също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпването в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на диагнозата и за определяне тежестта на заболяването; ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност ще бъдете преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия ви екип за по нататъшното ви здравословно състояние.

КП № 67 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

- G20 Болест на Parkinson**
Хемипаркинсонизъм
Paralysis agitans
Паркинсонизъм или болест на Parkinson:
- БДУ
 - идиопатичен(-на)
 - първичен(-на)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:

- на ≥ 1 мускул(и)
 - използвайки кръгови иглени електроди
- Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една основна диагностична и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

Процедура КТ на глава е задължителна диагностична процедура при първа хоспитализация, като това изследване важи с давност до 90 дни преди първата хоспитализация за уточняване на диагнозата, което се доказва с разчитане от изследването или епикриза.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нервни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести".

1. 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 неврология
2. Клинична лаборатория II ниво *
3. ЕМГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

2. 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. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверявана чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести”).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- Първоначално диагностично уточняване на паркинсонова болест при пациенти с тежки двигателни смущения (тремор, брадикинеза, ригидност и постурална нестабилност) и такива от страна на психиката и автономната нервна система;

Диагностика и лечение на болни с доказана паркинсонова болест при:

- влошаване на симптоматиката, признаци на усложнение от лечението с леводопа и необходимост от промяна и оптимизиране на терапията;
- възникване на акинетична криза с нарушение на гълтането, невъзможност на движение.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ЕМГ или образни изследвания (при необходимост) се извършват до края на болничния престой.

За лечение на Паркинсоновата болест се използват шест групи медикаменти. Освен това се прилага и хирургично лечение. В хода на заболяването, към двигателните смущения се прибавят и такива от страна на психиката и автономната нервна система, които също се нуждаят от терапевтична намеса. Това разширява кръгът от използвани медикаменти и изисква съобразяване с лекарствените взаимодействия.

Терапевтичният подход при ранен и при напреднал паркинсонизъм се различава съществено и поради това ще бъде разгледан отделно.

2.1. ЛЕЧЕНИЕ НА РАНЕН ПАРКИНСОНИЗЪМ

Препаратите на **леводопа** са най-ефективното лечение на Паркинсоновата болест, но дълготрайното им приложение предизвиква сериозни странични действия. За избягването им и за забавяне на еволюцията на заболяването, повечето автори предпочитат отлагане на лечението с леводопа в ранния паркинсонизъм и препоръчват прилагането на медикаменти с възможно невропротективно действие.

Най-сигурни данни за невропротективното действие има за МАО-Б инхибитора сележилин. Той намалява допаминния метаболизъм и продукцията на токсични свободни радикали. Освен това има и антиапоптотично действие и оказва трофичен и възстановителен ефект върху двигателните неврони. Повечето автори считат, че терапията на ранния паркинсонизъм трябва да започне със сележилин два пъти по 5 мг дневно.

При поява на лек функционален дефицит и изчерпване на симптоматичния ефект на сележилин, към терапията могат да бъдат прибавени амантадин или допаминов агонист. Тези медикаменти са особено полезни на този етап, понеже освен своя симптоматичен ефект се счита, че те могат да упражняват и невропротективно действие. Механизмът на действие на **амантадин** се свързва с увеличаване на освобождаването на допамин от окончанията на нигростриарните неврони, блокиране на допаминовия реџптейк и известно антихолинергично действие. Възможният невропротективен ефект на амантадина сега се свързва с блокиране на Н-метил Д-аспартат глутаматни рецептори. Прилагат се амантадин сулфат и амантадин хидрохлорид, но по-често се назначава амантадин сулфат до 300-400 мг дневно.

Допаминовите агонисти могат да бъдат приложени в този стадий поради техния ясен симптоматичен ефект и невропротективно действие. За лечение се прилагат различни допаминови агонисти. Те запазват симптоматичния си ефект за различен период от време. Докато бромокриптин запазва този ефект до една година, лечението с прамипексол е ефикасно повече от три години. Освен това, прилагането на прамипексол намалява страничните явления, които могат да се получат при прилагане на ерголинови препарати (бромокриптин, перголид, алфа-ДХЕК). Поради това повечето автори препоръчват прилагането на прамипексол. Терапевтичната доза на прамипексол е от 1,5 до 4,5 мг. Този медикамент е особено полезен за лечение на ранна Паркинсонова болест при пациенти под 55 години, поради факта, че може да се отложи терапията с леводопа и по този начин да се намалят усложненията от тази терапия.

Следващата група медикаменти, която може да се добави към терапията, е тази на **антихолинергичните средства**. Те се прилагат внимателно при болни над 65 години. Почесто се назначават при по-млади болни, които имат статичен тремор като водещ симптом. Използва се бипериден с бавно повишаване на дозата от 1 до 4 мг дневно.

Когато симптоматичния ефект от горните групи медикаменти се изчерпи, се обсъжда преминаването към препарати на леводопа. Използват се стандартните препарати на леводопа в по-ниски дози (200-400 мг) или 30-50% по-високи дози от формите с контролирано освобождаване.

2.2. ЛЕЧЕНИЕ НА НАПРЕДНАЛА ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

В началото на заболяването лечението с леводопа има дълготраен ефект, далеч надминаващ фармакокинетичния профил на медикамента. Постепенно по време на продължителното лечение с леводопа една голяма част от болните получават значителни двигателни флуктуации и дискинезии. В тази фаза на заболяването нараства функционалният дефицит и лечението с леводопа трябва да продължи. Необходимо е, обаче, да се намалят единичните дози на леводопа и да се увеличи честотата на приемите. Друга възможност е заменянето на стандартните форми на леводопа с такива с контролирано освобождаване, и след това прибавяне на допаминови агонисти (прамипексол, бромокриптин).

При наличие на дискинезии към терапията се прибавя амантадин сулфат до 300-400 мг. Ако се явят непредсказуеми "on-off" феномени, е необходимо да се промени хранителния режим, като болните трябва да приемат основното количество протеини във вечерното хранене. В такива случаи се увеличава дозата на прилаганите допаминови агонисти. При дисфагия, сутрешна акинезия и акинетични фази през денонощието, се прилага с успех и разтворимата форма на леводопен препарат.

При депресия, която е честа при Паркинсоновата болест, се прилагат антидепресанти.

Психотичните състояния, които са свързани с лечението, могат да предизвикат тежка инвалидизация. Както холинергичните, така и допаминергичните средства могат да предизвикат такива симптоми. Най-често се развиват съновидения, нощни кошмари, халюцинации, параноидна симптоматика и делири. При такива случаи трябва да се спрат последователно антихолинергичните средства, сележилин, амантадин и след това допаминовите агонисти. Ако е необходимо се намалява дозата на леводопа до момента, когато се подобри психотичната симптоматика. При персистирането ѝ се включват невролептици.

Освен лекарствената терапия, болните трябва ежедневно да правят лечебна физкултура, да бъдат насърчавани за движение (ходене, леко тичане) и по-лека физическа работа.

Пациентите с Паркинсонова болест трябва да бъдат запознати с различни похвати и приспособления, които биха облекчили ежедневието им и биха запазили по-дълго време тяхната социална ангажираност и самостоятелност.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяването на паркинсонова болест и отдиференцирането ѝ от симптоматичен паркинсонизъм, паркинсонизъм при нервнодегенеративни заболявания и при паркинсон-плюс синдромите.

Диагнозата Паркинсонова болест е много вероятна при бавно и прогресивно развиващи се поне два от кардиналните симптоми (статичен тремор, брадикинеза, ригидност и постурални нарушения), унилатерална поява на симптоми и първоначално добро повлияване от лечението с леводопа.

Отчита се формата на клиничното протичане (предимно треморна, предимно ригидно-брадикинетична, смесена), както и тежестта на паркинсоновата инвалидизация по скалата на Хоен и Яр.

Регистрира се влошаването на симптоматиката, страничните ефекти от лечението (двигателни флукуации, дискинезии, невропсихиатрични усложнения) и се оптимизира терапията.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:
- уточняване на диагнозата;
- оптимизиране на терапията;
- подобряване на неврологичната симптоматика. Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Паркинсоновата болест е едно от най-честите дегенеративни заболявания на централната нервна система. Възрастта, при която се появява заболяването се колебае в широки граници от 20 до 80 години. Засягат се най-често хора в средна и по-късна възраст. Мъжете боледуват по-често.

Паркинсоновата болест не е резултат от действието на една причина. Има убедителни данни за значението на наследствеността при тази болест. Освен генетичните фактори могат да въздействат и редица фактори на околната среда. Някои проучвания показват повишен риск, свързан с живеене на село, земеделска работа, контакт с пестициди и хербициди, както и за работещи с химикали в индустриални предприятия. Заболяването се проявява при увреждане на някои ядра в мозъка, като черната субстанция в средния мозък, при което се намалява допамина, който провежда нервни импулси.

Паркинсоновата болест се развива бавно, постепенно, отначало с неспецифични симптоми, а по-късно се появяват и основните признаци на заболяването - треперене на крайниците, забавени движения, скованост в мускулите и нестабилна походка. Понякога се прибавя депресия и нарушения на вегетативната нервна система.

Това е едно от малкото дегенеративни заболявания на нервната система, което се повлиява значително от прилаганата терапия. Назначават се различни лекарства в зависимост от възрастта на болния, стадия на заболяването и страничните явления от терапията. Най-често се започва с препаратите сележилин, амантадин сулфат, биперидон. По-късно се назначава леводопа, което е основно и най-ефективно лекарство за лечение на Паркинсоновата болест. Заедно с лекарствената терапия се препоръчва лечебна физкултура, движение и лека физическа работа.

При съмнение за Паркинсонова болест, както и при влошаване състоянието на вече диагностициран болен с това заболяване, е необходим неотложен преглед от специалист невролог или от общопрактикуващия лекар. При установяване на клинични белези на Паркинсонова болест е желателно в най-кратки срокове да се осъществи диагностично уточняване или да бъде овладяно влошаването на заболяването (ако такова е регистрирано). И в двата случая е необходимо постъпване в болнично лечебно заведение (специализирано неврологично отделение/клиника).

**КП № 68 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ
НА ГОРНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЕН ТРАКТ
КП № 68.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ
НА ГОРНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЕН ТРАКТ ЗА ЛИЦА
НАД 18-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ
Минимален болничен престой – 3 дни**

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразувание на хранопровода

- C15.0** Шийната част на хранопровода
C15.1 Гръдната част на хранопровода
C15.2 Коремната част на хранопровода
C15.3 Горната трета на хранопровода
C15.4 Средната трета на хранопровода
C15.5 Долната трета на хранопровода
C15.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на хранопровода

Злокачествено новообразувание на стомаха

- C16.0** Кардиа
Отвор на кардиата
Кардио-езофагеална област
Гастро-езофагеална област
Хранопровод и стомах
C16.1 Дъно на стомаха
C16.2 Тяло на стомаха
C16.3 Антрум на пилора
Антрум на стомаха
C16.4 Пилор
Препилор
Пилорен канал
C16.5 Малка кривина на стомаха, неуточнена част
Малка кривина на стомаха, неклассифицирана в C16.1—C16.4
C16.6 Голяма кривина на стомаха, неуточнена част
Голяма кривина на стомаха, неклассифицирана в C16.0—C16.4
C16.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на стомаха

Злокачествено новообразувание на тънките черва

- C17.0** Дванадесетопръстник (дуоденум)

**Доброкачествено новообразувание на други и неточно определени части на
храносмилателната система**

- D13.0** Хранопровод
D13.1 Стомах
D13.2 Дванадесетопръстник (дуоденум)

Амилоидоза

Не включва: болест на Alzheimer (G30.—)

- E85.4** Ограничена амилоидоза
Локализирана амилоидоза
E85.8 Други форми на амилоидоза
K20 Езофагит
Абсцес на хранопровода
Езофагит:
• БДУ
• химичен

- пептичен

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: ерозия на хранопровода (K22.1)
рефлукс-езофагит (K21.0)
с гастроэзофагеална рефлуксна болест (K21.0)

Гастроэзофагеална рефлуксна болест

K21.0 Гастроэзофагеална рефлуксна болест с езофагит

Рефлукс-езофагит

K21.9 Гастроэзофагеална рефлуксна болест без езофагит

Гастроэзофагеален рефлукс

Само при деца до 4 годишна възраст

Други болести на хранопровода

Не включва: варици на хранопровода (I85.—)

K22.0 Ахалазия на кардията

Ахалазия БДУ

Кардиоспазм

Не включва: вроден кардиоспазм (Q39.5)

K22.1 Язва на хранопровода

Ерозия на хранопровода

Язва на хранопровода:

- БДУ
- предизвикана от поглъщане на:
 - химични вещества
 - лекарства и медикаменти
- гъбична
- пептична

K22.2 Непроходимост на хранопровода

Компресия

Стеснение

Стеноза

Стрикура

} на хранопровода

Не включва: вродена стеноза или стриктура на хранопровода (Q39.3)

K22.5 Дивертикул на хранопровода, придобит

Джоб на хранопровода, придобит

Не включва: вроден дивертикул на хранопровода (Q39.6)

Язва на стомаха

Включва: ерозия (остра) на стомаха

язва (пептична) на:

- пилора
- стомаха

Не включва: остър хеморагичен ерозивен гастрит (K29.0)

пептична язва БДУ (K27.—)

K25.3 Остра без кръвоизлив или перфорация

K25.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Язва на дванадесетопръстника

Включва: ерозия (остра) на дванадесетопръстника

язва (пептична) (на):

- дванадесетопръстника
- постпилорна

Не включва: пептична язва БДУ (K27.—)

K26.3 Остра, без кръвоизлив или перфорация

K26.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Гастроеюнална язва

Включва: язва (пептична) или ерозия:

- на анастомозата
- гастрокOLONна
- гастроинтестинална
- гастроеюнална
- јеюнална
- маргинална
- на стомата

Не включва: първична язва на тънкото черво (K63.3)

K28.3 Остра без кръвоизлив или перфорация

K28.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Гастрит и дуоденит

Не включва: еозинофилен гастрит или гастроентерит (K52.8)
синдром на Zollinger-Ellison (E16.8)

K29.1 Други остри гастрити

Включително и остър ерозивен гастрит

K29.3 Хроничен повърхностен гастрит – само за лица под 14 години

K29.4 Хроничен атрофичен гастрит

Атрофия на лигавицата

K29.6 Други гастрити

Гигантски хипертрофичен гастрит

Грануломатозен гастрит

Други болести на стомаха и дванадесетопръстника

Включва: функционални разстройства на стомаха

Не включва: дивертикул на дванадесетопръстника (K57.0—K57.1)
стомашночревен кръвоизлив (K92.0—K92.2)

K31.0 Остра дилатация на стомаха

Остро разширение на стомаха

K31.1 Хипертрофична пилорна стеноза у възрастни

Пилорна стеноза БДУ

Не включва: вродена или детска пилорна стеноза (Q40.0)

K31.2 Стриктура на стомаха с форма на пясъчен часовник и стеноза на стомаха

Не включва: стомах с форма на пясъчен часовник, вроден (Q40.2)
контракция на стомах с форма на пясъчен часовник (K31.8)

K31.3 Пилороспазъм, неклассифициран другаде

Не включва: пилороспазъм:

- вроден или при деца (Q40.0)
- невротичен (F45.3)
- психогенен (F45.3)

K31.5 Непроходимост на дванадесетопръстника

Контракция

Стеноза

Стриктура

} на дванадесетопръстника

Непроходимост на дванадесетопръстника, хронична

Не включва: вродена стеноза на дванадесетопръстника (Q41.0)

K31.6 Фистула на стомаха и дванадесетопръстника

Фистула гастрокOлика

Фистула гастроеюноколика

Диафрагмална херния

Включва: хиатус херния (езофагиална) (плъзгаща се)
параезофагиална херния

Не включва: вродена херния:

- диафрагмална (Q79.0)
- хиатална (Q40.1)

K44.9 Диафрагмална херния без непроходимост или гангрена

Диафрагмална херния БДУ

Нарушена резорбция на червата

K90.0 Цьолиакия
Глутиеночувствителна ентеропатия

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, неклаифицирани другаде

Не включва: гастроеюнална язва (K28.—)
радиационен:
• колит (K52.0)
• гастроентерит (K52.0)
• проктит (K62.7)

K91.1 Синдроми на оперирания стомах

Синдром:
• дъмпинг
• постгастректомичен
• постваготомичен

Други вродени аномалии на горната част на храносмилателния тракт

Q40.0 Вродена хипертрофична пилоростеноза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****Езофагоскопия**

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (30473-04 [861])
• изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30473-04 Езофагоскопия с биопсия

Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания

Не включва: гастрointестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])
11810-00 Изследване на гастро-езофагеален рефлукс, включващ 24 часа рН мониторинг
Включва: анализ
интерпретация
доклад
Не включва: такава с < 24 часа рН мониториране – пропусни кода

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия
30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]
30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома
Гастроскопия през изкуствена стома
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома
Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])
ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])
30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия	
	Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } <i>Включва:</i> двойно балонна ентроскопия 30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия 30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия
Рентгенография на стомашно-чревен тракт	
58909-00	<i>Не включва:</i> безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977]) Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум <i>Включва:</i> предварителен общ план <i>Не включва:</i> контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])
Компютърна томография на корем	
56401-00	<i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963]) Компютърна томография на корем
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55276-00	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948]) Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент

91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания	
<i>Не включва:</i> гастроинтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])	
11800-00	Тест за моторика на хранопровод Манометричен мотилитетен тест на хранопровод
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92036-00	Поставяне на назогастрална сонда Сондиране за декомпресия <i>Не включва:</i> Sengstaken тръба (13506-00 [1899])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва	
31462-00	Поставяне на йеюностомна тръба за хранене
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92037-00	Промивка на назогастрална сонда <i>Не включва:</i> стомашна промивка (14200-00 [1895])
Приложение на фармакотерапия	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

<i>Виж допълнителни знаци</i>	
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92073-00	Промивка на гастростомия или ентеростомия
Отстраняване на чуждо тяло от хранопровод	
30478-10	Езофагоскопия с отстраняване на чуждо тяло
Панендоскопия с отстраняване на чуждо тяло	
30478-00	<p><i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до дванадесетопръстника с отстраняване на чуждо тяло</p> <p>Дуоденоскопия } Гастроскопия } с изваждане на чуждо тяло</p> <p>Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }</p> <p><i>Не включва:</i> такава с ригиден езофагоскоп (41825-00 [852])</p>
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	<p>Приложение на опаковани клетки</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	<p>Приложение на тромбоцити</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92062-00	<p>Приложение на друг серум</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	<p>Приложение на кръвен експандер</p> <p>Разреждане на кръвта</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>	
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath

	<ul style="list-style-type: none"> • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-00	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

1. Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове

- Първата включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“;
- Втората включва 11700-00 - ЕКГ;
- Третата включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
- Четвъртата включва задължително извършване на: 30668-00 или 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- Петата включва ендоскопска процедура 30473-05 или 30473-01 или 30473-00 или 30473-06 или 30473-02 или 30473-03 или 30473-04.
- и две терапевтични процедури, едната от които е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

2. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография, доказваща наличието им. Рентгеновата снимка или електронният носител се прикрепват към ИЗ.

3. Процедура с код 91919-01 задължително се отчита допълнително като шеста процедура, само при извършване на биопсия със задължително хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се прикрепва към ИЗ и се вписва в епикризата.

4. Терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02, 96199-00 и 96199-09/96200-09/96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека за лица под и над 18 годишна възраст се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол със или без снимка от ехография, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно

резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика
4. Анестезиологичен екип
5. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
6. УЗ апарат среден/висок клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и предоперативно стадиране на онкологично заболяване на горния гастроинтестинален тракт при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни.

Диагностика и лечение на:

- усложнено, неповлияващо се от амбулаторно лечение заболяване на горния ГИТ с "алармиращи" симптоми и един или повече от следните симптоми: анемичен синдром (доказан чрез лабораторни изследвания); диселектролитемия, доказана чрез промени в серумния Na и K; повишен креатинин и урея;

- пациенти със заболявания на ГИТ и клинични и/или инструментално доказани придружаващи заболявания, алергия, прием на медикаменти, непозволяващи провеждането на диагностично-лечебните дейности в амбулаторни условия;

- Лечение на средна и тежка степен на малнутриция при заболяване на горния ГИТ.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти, провеждащи продължително амбулаторно лечение за заболяване на горния ГИТ, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност, горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. В случай на необходимост от провеждане на КТ или МРТ, те се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели, се извършват до края на хоспитализацията – по преценка.

При заболявания на горния ГИТ се извършват следните основни диагностични процедури:

1. Клинично – лабораторни изследвания:

1.1.Задължителни:

- хематология – ПКК, включваща хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки;

- клинично-химични - кръвна захар, креатинин и/или урея;

- електролити – K и Na;

- хемокоагулационни изследвания - фибриноген, протромбиново време (индекс, INR);

- пълно изследване на урина.

1.2. Според съответните заболявания и показания:

- клинично-химични - амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АПАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ; Na, K, Cl, АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (CEA, CA 19-9, CA-72-4 и др.), СУЕ, общ белтък и албумин;

2. Абдоминална ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.

И при показания:

- доплерово изследване.

3. Ендоскопско изследване на горния ГИТ (горна гастроинтестинална ендоскопия) с или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска **биопсия**, четкова или друга цитология);

- горна ендоскопия – езофаго-гастро-дуоденоскопия (ФГС);
- ендоскопски оглед на проксималния отдел на тънкото черво – ниска дуоденоскопия.

4. Хистологично изследване и/или цитологично изследване – стандартни и при показания допълнителни оцветявания и имунохистохимия.

5. Контрастната рентгенография на горния ГИТ- при необходимост.

6. Допълнителни изследвания - при показания:

- кръвна група;
- рентгенография на бял дроб и сърце;
- обзорна графия на гръден кош и/или корем;
- микробиологични изследвания;
- специфични функционални тестове (според съответните заболявания и показания - хранопровод, стомах, дуоденум).

Ако болен с онкологично заболяване подлежи на оперативно лечение, лъче-и/или химиотерапия се изследват и съответните туморни маркери.

При установени отклонения на лабораторни показатели и биологични параметри задължително се извършват контролни изследвания.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Индикации за ендоскопско лечение:

Ендоскопско изваждане на вътрелуменно чуждо тяло, конци на мястото на анастомоза от горния ГИТ.

Ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за: декомпресия, промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции (ентерално хранене).

2. Медикаментозното лечение включва лечение на основното заболяване и/или корекция на жизнено важни функции, според препоръките за стандартизирано поведение на Българско научно дружество по гастроентерология (БНДГЕ): лечение с антисекретори (H₂ блокери, инхибитори на протонната помпа); протектори на лигавицата, прокинетици или други медикаменти, повлияващи функцията на сфинктерите и моториката на горния ГИТ, кръвоспиращи, антибиотици и други антибактериални средства, противотуморни и имуномодулиращи средства и др.; спазмолитици, обезболяващи, хепарин, електролитни и инфузионни разтвори, кортикостероиди, средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия, осигуряване на ентерално или парентерално хранене, сондово хранене или перорално хранене с концентрирани хранителни субстанции, протеазни инхибитори. По индикации – трансфузия на цяла кръв или кръвни компоненти, хуманалбумин или други биопродукти; желязо-съдържащи и други медикаменти.

3. Показания за оперативно лечение:

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург, болният се насочва за хирургично лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след *горна гастроинтестинална ендоскопия и хистологично изследване* - основен диагностичен метод! Резултатите от хистологичното изследване се прикрепват към ИЗ и се записват в епикризата;

- след *ендоскопско изследване* - при моторни нарушения, дивертикули; дуоденална язва, ГЕРБ с езофагит, хиатална херния, кървяща или субмукозна лезия, невъзможен достъп за биопсия;

- след *рентгенологично изследване* - при противопоказания за ендоскопия, при невъзможен ендоскопски достъп (преминаване през изразена стриктура или обструкция отвън, субмукозни промени, опасност от перфорация, лезия, разположена в тънко черво (напр. пептична язва на тънкото черво, стриктура, променена анатомия от патологичен процес или постоперативно; фистула, пенетрация), моторни нарушения, дивертикули на горния ГИТ и други.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;

- проведено адекватно лечение с овладяване на основните субективни оплаквания;

- доказване, стадиране и определяне на операбилността на тумор или насока към алтернативни ендоскопски или други процедури;

- корекция на патологично променените показатели, които от медицинска гледна точка е възможно да бъдат повлияни до края на болничния престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване.

В цената на клиничната пътека по преценка на лекуващия лекар влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноз,а включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катраненочерни или да настъпи повръщане на материи с вид на разрежено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият общопрактикуващ лекар или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 68 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ
НА ГОРНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЕН ТРАКТ
КП № 68.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ
НА ГОРНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЕН ТРАКТ ЗА ЛИЦА
ПОД 18-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ
Минимален болничен престой – 3 дни**

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразувание на хранопровода

- C15.0** Шийната част на хранопровода
C15.1 Гръдната част на хранопровода
C15.2 Коремната част на хранопровода
C15.3 Горната трета на хранопровода
C15.4 Средната трета на хранопровода
C15.5 Долната трета на хранопровода
C15.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на хранопровода

Злокачествено новообразувание на стомаха

- C16.0** Кардиа
Отвор на кардиата
Кардио-езофагеална област
Гастро-езофагеална област
Хранопровод и стомах
C16.1 Дъно на стомаха
C16.2 Тяло на стомаха
C16.3 Антрум на пилора
Антрум на стомаха
C16.4 Пилор
Препилор
Пилорен канал
C16.5 Малка кривина на стомаха, неуточнена част
Малка кривина на стомаха, неклассифицирана в C16.1—C16.4
C16.6 Голяма кривина на стомаха, неуточнена част
Голяма кривина на стомаха, неклассифицирана в C16.0—C16.4
C16.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на стомаха

Злокачествено новообразувание на тънките черва

- C17.0** Дванадесетопръстник (дуоденум)

**Доброкачествено новообразувание на други и неточно определени части на
храносмилателната система**

- D13.0** Хранопровод
D13.1 Стомах
D13.2 Дванадесетопръстник (дуоденум)

Амилоидоза

Не включва: болест на Alzheimer (G30.—)

- E85.4** Ограничена амилоидоза
Локализирана амилоидоза
E85.8 Други форми на амилоидоза
K20 Езофагит
Абсцес на хранопровода
Езофагит:
• БДУ
• химичен

- пептичен

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: ерозия на хранопровода (K22.1)
рефлукс-езофагит (K21.0)
с гастроэзофагеална рефлуксна болест (K21.0)

Гастроэзофагеална рефлуксна болест

K21.0 Гастроэзофагеална рефлуксна болест с езофагит

Рефлукс-езофагит

K21.9 Гастроэзофагеална рефлуксна болест без езофагит

Гастроэзофагеален рефлукс

Само при деца до 4 годишна възраст

Други болести на хранопровода

Не включва: варици на хранопровода (I85.—)

K22.0 Ахалазия на кардията

Ахалазия БДУ

Кардиоспазм

Не включва: вроден кардиоспазм (Q39.5)

K22.1 Язва на хранопровода

Ерозия на хранопровода

Язва на хранопровода:

- БДУ
- предизвикана от поглъщане на:
 - химични вещества
 - лекарства и медикаменти
- гъбична
- пептична

K22.2 Непроходимост на хранопровода

Компресия

Стеснение

Стеноза

Стрикура

} на хранопровода

Не включва: вродена стеноза или стриктура на хранопровода (Q39.3)

K22.5 Дивертикул на хранопровода, придобит

Джоб на хранопровода, придобит

Не включва: вроден дивертикул на хранопровода (Q39.6)

Язва на стомаха

Включва: ерозия (остра) на стомаха

язва (пептична) на:

- пилора
- стомаха

Не включва: остър хеморагичен ерозивен гастрит (K29.0)

пептична язва БДУ (K27.—)

K25.3 Остра без кръвоизлив или перфорация

K25.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Язва на дванадесетопръстника

Включва: ерозия (остра) на дванадесетопръстника

язва (пептична) (на):

- дванадесетопръстника
- постпилорна

Не включва: пептична язва БДУ (K27.—)

K26.3 Остра, без кръвоизлив или перфорация

K26.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Гастроеюнална язва

Включва: язва (пептична) или ерозия:

- на анастомозата
- гастрокOLONна
- гастроинтестинална
- гастроеюнална
- јеюнална
- маргинална
- на стомата

Не включва: първична язва на тънкото черво (K63.3)

K28.3 Остра без кръвоизлив или перфорация

K28.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Гастрит и дуоденит

Не включва: еозинофилен гастрит или гастроентерит (K52.8)
синдром на Zollinger-Ellison (E16.8)

K29.1 Други остри гастрити

Включително и остър ерозивен гастрит

K29.3 Хроничен повърхностен гастрит – само за лица под 14 години

K29.4 Хроничен атрофичен гастрит

Атрофия на лигавицата

K29.6 Други гастрити

Гигантски хипертрофичен гастрит

Грануломатозен гастрит

Други болести на стомаха и дванадесетопръстника

Включва: функционални разстройства на стомаха

Не включва: дивертикул на дванадесетопръстника (K57.0—K57.1)
стомашночревен кръвоизлив (K92.0—K92.2)

K31.0 Остра дилатация на стомаха

Остро разширение на стомаха

K31.1 Хипертрофична пилорна стеноза у възрастни

Пилорна стеноза БДУ

Не включва: вродена или детска пилорна стеноза (Q40.0)

K31.2 Стриктура на стомаха с форма на пясъчен часовник и стеноза на стомаха

Не включва: стомах с форма на пясъчен часовник, вроден (Q40.2)
контракция на стомах с форма на пясъчен часовник (K31.8)

K31.3 Пилороспазъм, неклассифициран другаде

Не включва: пилороспазъм:

- вроден или при деца (Q40.0)
- невротичен (F45.3)
- психогенен (F45.3)

K31.5 Непроходимост на дванадесетопръстника

Контракция

Стеноза

Стриктура

} на дванадесетопръстника

Непроходимост на дванадесетопръстника, хронична

Не включва: вродена стеноза на дванадесетопръстника (Q41.0)

K31.6 Фистула на стомаха и дванадесетопръстника

Фистула гастрокOлика

Фистула гастроеюноколика

Диафрагмална херния

Включва: хиатус херния (езофагиална) (плъзгаща се)
параезофагиална херния

Не включва: вродена херния:

- диафрагмална (Q79.0)
- хиатална (Q40.1)

K44.9 Диафрагмална херния без непроходимост или гангрена

Диафрагмална херния БДУ

Нарушена резорбция на червата

K90.0 Цьолиакия
Глутоеночувствителна ентеропатия

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, неклаифицирани другаде

Не включва: гастроеюнална язва (K28.—)
радиационен:
• колит (K52.0)
• гастронтерит (K52.0)
• проктит (K62.7)

K91.1 Синдроми на оперирания стомах

Синдром:
• дъмпинг
• постгастректомичен
• постваготомичен

Други вродени аномалии на горната част на храносмилателния тракт

Q40.0 Вродена хипертрофична пилоростеноза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****Езофагоскопия**

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (30473-04 [861])
• изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30473-04 Езофагоскопия с биопсия

Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания

Не включва: гастронтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])
11810-00 Изследване на гастро-езофагеален рефлукс, включващ 24 часа рН мониторинг
Включва: анализ
интерпретация
доклад
Не включва: такава с < 24 часа рН мониториране – пропусни кода

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия
30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]
30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома
Гастроскопия през изкуствена стома
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома
Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])
ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])
30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия

Йеюноскопия	
Панендоскопия с ексцизия	
30473-01	<div> <div> Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] </div> <div> } } } </div> <div>с ексцизия</div> </div> <div>Включва: двойно балонна ентероскопия</div> <div>Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия</div>
Рентгенография на стомашно-чревен тракт	
58909-00	<div>Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])</div> <div>Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум</div> <div>Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум</div> <div>Включва: предварителен общ план</div> <div>Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])</div>
Компютърна томография на корем	
56401-00	<div>Включва: регион от диафрагмата до криста илиака</div> <div>Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])</div> <div>при сканиране на:</div> <div> <ul style="list-style-type: none"> гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) и мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) таз (56801-00, 56807-00 [1961]) таз (56501-00, 56507-00 [1963]) </div> <div>Компютърна томография на корем</div>
Друг ултразвук	
30668-00	<div>Ендоскопски ултразвук</div> <div>Ултразвук, съвместно с ендоскопия</div>
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	<div>Ултразвук на корем</div> <div>Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])</div> <div>при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</div>
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55276-00	<div>Включва: В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ</div> <div>Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])</div> <div>Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени</div> <div>Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</div>
55278-00	<div>Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове</div> <div>Включва: дуплекс ултразвук на:</div> <div> <ul style="list-style-type: none"> аорта илиачни съдове вена кава инфериор </div> <div>Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</div>
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината

91920-05	Микроалбуминурия
91920-06	Изследване за уробилиноген в урината
91920-07	Изследване на рН на урина
91920-08	Изследване за кетотела в урината
91920-09	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания	
<i>Не включва:</i> гастроинтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])	
11800-00	Тест за моторика на хранопровод Манометричен мотилитетен тест на хранопровод
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92036-00	Поставяне на назогастрална сонда Сондиране за декомпресия <i>Не включва:</i> Sengstaken тръба (13506-00 [1899])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва	
31462-00	Поставяне на йеюностомна тръба за хранене
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
14200-00	Стомашна промивка <i>Забележка:</i> Изпълнена при лечение за погълната отрова
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92037-00	Промивка на назогастрална сонда

<i>Не включва:</i> стомашна промивка (14200-00 [1895])	
Приложение на фармакотерапия	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество <i>Виж допълнителни знаци</i>
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92073-00	Промивка на гастростомия или ентеростомия
Отстраняване на чуждо тяло от хранопровод	
30478-10	Езофагоскопия с отстраняване на чуждо тяло
Панендоскопия с отстраняване на чуждо тяло	
30478-00	<i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия Панендоскопия до дванадесетопръстника с отстраняване на чуждо тяло Дуоденоскопия } Гастроскопия } с изваждане на чуждо тяло Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } <i>Не включва:</i> такава с ригиден езофагоскоп (41825-00 [852])
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители
Приложение на фармакотерапия	
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741]) <i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия	

96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-00	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен</p>

96197-09	фармакологичен агент Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
----------	---

1. Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове:

- Първата включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“;
- Втората включва 11700-00 – не е задължителна;
- Третата включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
- Четвъртата включва задължително извършване на: 30668-00 или 55036-00/55276-00/55278-00;
- Петата включва ендоскопска процедура 30473-05 или 30473-01 или 30473-00 или 30473-06 или 30473-02 или 30473-03 или 30473-04.
- и две терапевтични процедури, едната от които е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

2. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография, доказваща наличието им. Рентгеновата снимка или електронният носител се прикрепват към ИЗ.

3. Процедура с код 91919-01 задължително се отчита допълнително като шеста процедура, само при извършване на биопсия със задължително хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се прикрепва към ИЗ и се вписва в епикризата.

4. Диагноза с код **K21.9** „Гастроезофагеална рефлуксна болест без езофагит“ може да се отчита **само** при деца до 4-годишна възраст.

5. Диагноза с код **K29.3** „Хроничен повърхностен гастрит“ може да се отчита само при лица под 14 години.

6. Терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02, 96199-00 и 96199-09/96200-09/96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

7. При лица до 18 годишна възраст с диагнози с код K21.0 до K91.1 клиничната пътека се счита за завършена при отчитане на три диагностични процедури и една терапевтична процедура - 96199-09/ 96200-09/ 96197-09.

Процедура 11700-00 не се изисква за пациенти под 18 год. **Ендоскопска процедура или рентгенография се провеждат по преценка на лекуващия лекар.**

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека за лица под и над 18 годишна възраст се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол със или без снимка от ехография, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия
2. Клинична лаборатория
3. Анестезиологичен екип
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден/висок клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Структура по Образна диагностика

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и предоперативно стадиране на онкологично заболяване на горния гастроинтестинален тракт при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни.

Диагностика и лечение на:

- усложнено, неповлияващо се от амбулаторно лечение заболяване на горния ГИТ с "алармиращи" симптоми и един или повече от следните симптоми: анемичен синдром (доказан чрез лабораторни изследвания); диселектролитемия, доказана чрез промени в серумния Na и K; повишен креатинин и урея;
- пациенти със заболявания на ГИТ и клинични и/или инструментално доказани придружаващи заболявания, алергия, прием на медикаменти, непозволяващи провеждането на диагностично-лечебните дейности в амбулаторни условия;
- неповлияващо се от амбулаторно лечение заболяване на горния ГИТ при деца до 18 години, с клинични белези на дехидратация, данни за диселектролитемия, промени в киселинно-алкалното равновесие.

Лечение на средна и тежка степен на малнутриция при заболяване на горния ГИТ.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти, провеждащи продължително амбулаторно лечение за заболяване на горния ГИТ, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност, горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. В случай на необходимост от провеждане на КТ или МРТ, те се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели, се извършват до края на хоспитализацията – по преценка.

При заболявания на горния ГИТ се извършват следните основни диагностични процедури:

1. Клинико – лабораторни изследвания:

1.1.Задължителни:

- хематология – ПКК, включваща хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки;
- клинично-химични - кръвна захар, креатинин и/или урея;
- електролити – К и Na;
- хемокоагулационни изследвания - фибриноген, протромбиново време (индекс, INR);
- пълно изследване на урина.

1.2. Според съответните заболявания и показания:

- клинично-химични - амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ; Na, K, Cl, АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (CEA, CA 19-9, CA-72-4 и др.), СУЕ, общ белтък и албумин;

2. Абдоминална ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.

И при показания:

- доплерово изследване.

3. Ендоскопско изследване на горния ГИТ (горна гастроинтестинална ендоскопия) с или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска **биопсия**, четкова или друга цитология);

- горна ендоскопия – езофаго-гастро-дуоденоскопия (ФГС);
- ендоскопски оглед на проксималния отдел на тънкото черво – ниска дуоденоскопия.

4. Хистологично изследване и/или цитологично изследване – стандартни и при показания допълнителни оцветявания и имунохистохимия.

5. Контрастната рентгенография на горния ГИТ- при необходимост.

6. Допълнителни изследвания - при показания:

- кръвна група;
- рентгенография на бял дроб и сърце;
- обзорна графия на гръден кош и/или корем;
- микробиологични изследвания;
- специфични функционални тестове (според съответните заболявания и показания - хранопровод, стомах, дуоденум).

Ако болен с онкологично заболяване подлежи на оперативно лечение, лъче-и/или химиотерапия се изследват и съответните туморни маркери.

При установени отклонения на лабораторни показатели и биологични параметри задължително се извършват контролни изследвания.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Индикации за ендоскопско лечение:

Ендоскопско изваждане на вътрелуменно чуждо тяло, конци на мястото на анастомоза от горния ГИТ.

Ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за: декомпресия, промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции (ентерално хранене).

2. Медикаментозното лечение включва лечение на основното заболяване и/или корекция на жизнено важни функции, според препоръките за стандартизирано поведение на Българско научно дружество по гастроентерология (БНДГЕ): лечение с антисекретори (H2 блокери, инхибитори на протонната помпа); протектори на лигавицата, прокинетици или други медикаменти, повлияващи функцията на сфинктерите и моториката на горния ГИТ, кръвоспиращи, антибиотици и други антибактериални средства, противотуморни и имуномодулиращи средства и др.; спазмолитици, обезболяващи, хепарин, електролитни и инфузионни разтвори,

кортикостероиди, средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия, осигуряване на ентéralно или парентерално хранене, сондово хранене или перорално хранене с концентрирани хранителни субстанции, протеазни инхибитори. По индикации – трансфузия на цяла кръв или кръвни компоненти, хуманалбумин или други биопродукти; желязо-съдържащи и други медикаменти.

3. Показания за оперативно лечение:

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург, болният се насочва за хирургично лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след *горна гастроинтестинална ендоскопия и хистологично изследване* - основен диагностичен метод! Резултатите от хистологичното изследване се прикрепват към ИЗ и се записват в епикризата;

- след *ендоскопско изследване* - при моторни нарушения, дивертикули; дуоденална язва, ГЕРБ с езофагит, хиатална херния, кървяща или субмукозна лезия, невъзможен достъп за биопсия;

- след *рентгенологично изследване* - при противопоказания за ендоскопия, при невъзможен ендоскопски достъп (преминаване през изразена стриктура или обструкция отвън, субмукозни промени, опасност от перфорация, лезия, разположена в тънко черво (напр. пептична язва на тънкото черво, стриктура, променена анатомия от патологичен процес или постоперативно; фистула, пенетрация), моторни нарушения, дивертикули на горния ГИТ и други.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравето състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;

- проведено адекватно лечение с овладяване на основните субективни оплаквания;

- доказване, стадиране и определяне на операбилността на тумор или насока към алтернативни ендоскопски или други процедури;

- корекция на патологично променените показатели, които от медицинска гледна точка е възможно да бъдат повлияни до края на болничния престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикриза. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катраненочерни или да настъпи повръщане на материи с вид на разрежено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият общопрактикуващ лекар или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 69 ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ
ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ
КП № 69.1 ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ
ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ ЗА ЛИЦА НАД 18
ГОДИШНА ВЪЗРАСТ**

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ	
Ендоскопско приложение на агент в лезия на хранопровод	
	Инжектиране на склерозиращ агент <i>Включва:</i> варици: • езофаеални • езофаго гастрален преход
30476-00	Ендоскопско приложение на агент в некрвяща лезия в хранопровод
30476-01	Ендоскопско приложение на агент в некрвяща лезия в областта на хранопроводно-стомашния преход
Деструктивни процедури на хранопровода	
30476-02	Ендоскопско лигиране варици на хранопровод Ендоскопско лигиране варици на езофагогастрален сегмент
30478-11	Езофагоскопия с диатермия
30478-12	Езофагоскопия с термична сонда за коагулация
30478-19	Езофагоскопия с друга коагулация Аргон-плазма коагулация
30479-00	Ендоскопска лазер терапия на хранопровод Ендоскопска лазер терапия на хранопровод при: • доброкачествени съдови лезии • дилатация • неоплазима
Други ексцизионни процедури на хранопровод	
30478-13	Езофагоскопия с ексцизия на лезия Ендоскопска езофагеална полипектомия
Селективна ваготомия с частична гастректомия	
	Стволова ваготомия с частична гастректомия <i>Кодирай също когато е направен:</i> • контрол на кървяща пептична язва (30505-00 [874], 30509-00 [880]) <i>Не включва:</i> такава след предишни процедури за пептична язвена болест (30503 [878])
30497-00	Селективна ваготомия с частична гастректомия и гастродуоденална анастомоза
Панендоскопия с деструкция	
	Дуоденоскопия } Гастроскопия } с деструкция Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
	<i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия
30478-01	Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02	Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03	Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация
30478-20	Панендоскопия до дуоденома с друга коагулация Аргон плазма коагулация

Панендоскопия с ексцизия	
30478-04	<div> <div> Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } </div> <div> } с ексцизия </div> </div> <p>Включва: двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до дванадесетопръстника с ексцизия на лезия</p> <p>Панендоскопия на дуоденума с ексцизия на полип</p>
Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху хранопровод	
30490-00	<p>Ендоскопско поставяне на езофагеална протеза</p> <p>Ендоскопско поставяне на езофагеален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • разширяващ се • неразширяващ се <p>Включва: дилатация на хранопровод</p>
30490-01	<p>Ендоскопска подмяна на езофагеална протеза</p> <p>Ендоскопска подмяна на езофагеален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • разширяващ се • неразширяващ се <p>Включва: дилатация на хранопровод</p>
30490-02	<p>Ендоскопско отстраняване на езофагеална протеза</p> <p>Ендоскопско изваждане на езофагеален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • разширяващ се • неразширяващ се <p>Не включва: това при подмяна (30490-01 [853])</p>
Дилатация на хранопровод	
41819-00	<p>Друга ендоскопска дилатация на хранопровод</p> <p>Не включва: чрез лазер (30479-00 [856])</p> <p>с поставяне на протеза (30490-00 [853])</p>
41831-00	Ендоскопска пневматична дилатация на хранопровод
Панендоскопия с деструкция	
30478-01	Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02	Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03	Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация
Деструктивни процедури на стомах	
30476-03	Ендоскопско лигиране на стомашни варици
Други ексцизионни процедури на стомах	
90297-01	Ендоскопска мукозна резекция на стомах
Панендоскопия с ексцизия	
30473-06	<div> <div> Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } </div> <div> } с ексцизия </div> </div> <p>Включва: двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до илеума с биопсия</p>
Панендоскопия с отстраняване на чуждо тяло	
30478-14	<p>Включва: двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до илеума с отстраняване на чуждо тяло</p> <p>Изваждане на чуждо тяло чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • илеоскопия • йеюноскопия
Панендоскопия с деструкция	
	<div> <div> Дуоденоскопия Гастроскопия </div> <div> } с деструкция </div> </div>

	Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
	<i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия
30478-15	Панендоскопия до илеума с диатермия
30478-16	Панендоскопия до илеума със сонда за термична коагулация
30478-17	Панендоскопия до илеума с лазерна коагулация
30478-21	Панендоскопия до илеума с друга коагулация
	Аргон плазма коагулация
Други ексцизионни процедури на дебело черво	
90297-02	Ендоскопска мукозна резекция на дебело черво
Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура	
30475-00	Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура
	<i>Не включва:</i> такава при гастродуоденална стриктура (30475-01 [882])
30475-01	Ендоскопска дилатация на гастродуоденална стриктура
	<i>Не включва:</i> такава при стомашна стриктура (30475-00 [882])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва	
	<i>Включва:</i> двойно-балонна ентероскопия
30478-05	Перкутанна ендоскопска йеюностомия [PEJ]
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах	
30478-08	Изваждане на гастростомна тръба
	Изваждане на:
	• неендоскопски гастростомен бутон
	• перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
	<i>Не включва:</i> тези с подмяна на:
	• неендоскопски гастростомен бутон (30483-00 [870])
	• перкутанна ендоскопска гастростомна тръба (30482-00 [870])
30481-00	Първоначално вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
30482-00	Повторно вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
	Подмяна на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
Други възстановителни процедури на стомах	
90304-00	Друго възстановяване на стомах
Панендоскопия	
	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия
11820-00	Панендоскопия чрез камера капсула
	Камера хапче }
	Капсула }
	Гастроинтестинална камера капсула }
	ендоскопия
30473-05	Панендоскопия до илеума
	Илеоскопия
	Йеюноскопия
Панендоскопия с ексцизия	
30473-06	Панендоскопия до илеума с биопсия
Фиброоптична колоноскопия с ексцизия	
32087-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с полипектомия
	Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени полипектомии
	Флексибилна сигмоидоскопия с полипектомия
	Къса колоноскопия с полипектомия
	<i>Включва:</i> полипектомия чрез или с използване на:
	• биполарна каутеризация
	• горещ биопсичен форцепс
	• бримкова техника

32093-00	<p>Фиброоптична колоноскопия до цекума, с полипектомия</p> <p>Колоноскопия до цекум, с множествени полипектомии</p> <p>Дълга колоноскопия с полипектомия</p> <p><i>Включва:</i> полипектомия чрез или използване на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • биполарна каутеризация • горещ биопсичен форцепс • бримкова техника
Деструктивни процедури на дебело черво	
90308-00	<p>Ендоскопска деструкция на лезия на дебело черво</p> <p>Ендоскопска:</p> <ul style="list-style-type: none"> • аблация на тумор на дебело черво • Аргон-плазма коагулация • контрол на дебелочревни кървене • деструкция на дебелочревни тъкани <p><i>Не включва:</i> с лазер (30479-02 [908])</p>
30479-02	<p>Ендоскопска лазерна терапия на дебело черво</p> <p>Ендоскопска лазер терапия на дебелочревни:</p> <ul style="list-style-type: none"> • доброкачествени съдови лезии • неоплазма • стриктура
Деструктивни процедури на ректум или анус	
30479-01	<p>Ендоскопска лазерна терапия на ректум</p> <p>Ендоскопска лазер терапия за:</p> <ul style="list-style-type: none"> • доброкачествени съдови лезии • неоплазма
90312-00	<p>Електрокоагулация на ректална тъкан</p> <p>Електрокоагулация на ректална лезия</p> <p><i>Не включва:</i> такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])</p> <ul style="list-style-type: none"> • стриктура
Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура	
30474-00	Балонна дилатация на дуоденум
Други възстановителни процедури на тънки черва	
30379-00	Балонна дилатация на йеюнум
Друго възстановяване на дебело черво	
32094-00	<p>Ендоскопска дилатация на колоректална стриктура</p> <p>Ендоскопска дилатация на колоректална анастомозна стриктура</p>
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху дебело черво	
90295-00	<p>Ендоскопско поставяне протеза на дебело черво</p> <p>Ендоскопско поставяне на дебелочревен стент</p>
90295-01	<p>Ендоскопска подмяна на протеза на дебело черво</p> <p>Ендоскопска:</p> <ul style="list-style-type: none"> • подмяна } • ревизия } дебелочревен стент
90295-02	<p>Ендоскопско отстраняване на протеза на дебело черво</p> <p>Ендоскопско изваждане на дебелочревен стент</p> <p><i>Не включва:</i> такава с подмяна (90295-01 [906])</p>
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху ректум или анус	
90295-03	<p>Ендоскопско поставяне на ректална протеза</p> <p>Ендоскопско поставяне на ректален стент</p>
90295-04	<p>Ендоскопска подмяна на ректална протеза</p> <p>Ендоскопска:</p> <ul style="list-style-type: none"> • подмяна } • ревизия } ректален стент
90295-05	<p>Ендоскопско отстраняване на ректална протеза</p> <p>Ендоскопско изваждане на ректален стент</p> <p><i>Не включва:</i> такава при подмяна (90295-04 [929])</p>
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва	

92068-00	<p><i>Включва:</i> двойно-балонна ентероскопия</p> <p>Ендоскопско поставяне на дуоденална протеза</p> <p>Ендоскопско поставяне на дуоденален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • метален (Wallstent) • полиетиленов
92068-01	<p><i>Включва:</i> дилатация на дуоденум</p> <p>Ендоскопска подмяна на дуоденална протеза</p> <p>Ендоскопска подмяна на дуоденален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • метален (Wallstent) • полиетиленов
92068-02	<p><i>Включва:</i> дилатация на дуоденум</p> <p>Ендоскопско премахване на дуоденална протеза</p> <p>Ендоскопско изваждане на дуоденален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • метален (Wallstent) • полиетиленов <p><i>Не включва:</i> такава с подмяна (92068-01 [892])</p>
Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус	
90315-00	<p>Ендоскопска ексцизия на лезия или тъкан на анус</p> <p>Ендоскопска ексцизия на тъкан или лезия на ануса</p> <p><i>Не включва:</i> ендоскопска ексцизия на анални:</p> <ul style="list-style-type: none"> • полип (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911]) • кожни израстъци (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911])
Процедури при хемороиди	
32135-00	Лигиране на хемороиди с гумен пръстен
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук
	Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00	Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография
ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други ексцизионни процедури на хранопровод	
30473-04	Езофагоскопия с биопсия
Панендоскопия с ексцизия	
	<p>Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }</p>
30473-01	<p><i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия</p>
30473-06	Панендоскопия до илеума с биопсия
Фиброоптична колоноскопия с ексцизия	
32090-01	<p>Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия</p> <p>Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии</p> <p>Дълга колоноскопия с биопсия</p>
32084-01	<p>Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с биопсия</p> <p>Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени биопсии</p> <p>Флексибилна сигмоидоскопия } Къса колоноскопия } с биопсия</p>

Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55276-00	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948]) Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
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
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
 - опаковани клетки
 - червени кръвни клетки
- 13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити
- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
 - коагулационни фактори НКД
 - криопреципитати
 - фактор VIII
- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
 - плазма (прясно замразена) (FFP)
- 92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители
- 92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
 - гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

- Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
 - фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
- хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])
- Забележка:* Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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, противоифекциозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

- една високоспециализирана интервенционална процедура, четири основни диагностични и една терапевтична процедура;

- при извършване на процедури с кодове: 30473-04, 30476-00, 30476-01, 30476-02, 30478-11, 30478-12, 30478-19, 30479-00, 30478-13, 30497-00, 30478-01, 30478-02, 30478-03, 30478-20 (при полипектомия); 30478-01, 30478-02, 30478-03, 30476-03, 30476-03 (при полипектомия); 90297-01, 30473-01, 30473-06, 32090-01, 30473-06, 30478-14, 30478-15, 30478-16, 30478-17, 30478-21, 90297-02, 32087-00, 32093-00, 32084-01 и 32093-00 е задължително извършването на патоморфологично изследване 91919-01 или 91919-11;
- При извършване на процедура 30478-04 е достатъчно прилагане на доказателствен материал на лезията (на хартиен или магнитен носител);
- терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02, 96199-00 и 96199-09 или 96200-09/96197-09, се кодират само при тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.
 - Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid !9. 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.

Клиничната пътека за лица под и над 18 годишна възраст се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол със или без снимка от ехография, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология", от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по хирургия (при наличие на специалист със сертификат по ТЕМ)
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден/висок клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
или
лекар със специалност по хирургия, притежаващ **сертификат по ТЕМ** (трансанална ендоскопска микрохирургия) - може да отчита **само** процедури с код 32093-00 и 90315-00;
- лекари със специалност по образна диагностика– минимум двама ;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Примка за лигиране еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Накрайник за лигиране еднократен	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Саморазтваряща се ендопротеза за хранопровод или черво и други	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за тънкоиглена биопсия под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за биопсия през ехоендоскоп	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Индивидуален набор (капсула и аксесоари) за извършване на капсулна ендоскопия	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Полипектомична примка еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла ендоскопска еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Клипси за ендоскопска хемостаза	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Балон - дилататор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за ПЕГ	НЗОК не заплаща посоченото изделие

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностично уточняване и лечение чрез извършване на високоспециализирани интервенционални процедури при:

- онкологично заболяване;
- стеноза, тубуловиден аденом;
- други остри и хронични обострени заболявания на гастроинтестиналния тракт с данни за бърза прогресия и неповлияващи се от амбулаторно лечение;
- Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти със заболявания на гастроинтестиналния тракт без данни за бърза прогресия с необходимост от извършване на високоспециализирани интервенционални процедури на гастроинтестиналния тракт, след приключване на диагностично-терапевтичния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа на хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. КТ и МРТ се

извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията – при минимален болничен престой. Контролни клиничко-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Условия за провеждане на ендоскопски/ехографски интервенционални процедури на гастроинтестиналния тракт

1. Клиничко – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания):
 - хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки).
 - клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кр. захар, креатинин, урея, амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, при показания - АСР, С-реактивен протеин, туморни маркери (СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.);
 - хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТТ (пТПВ/ККВ);
 - пълно изследване на урина;
2. Кръвна група.
3. Рентгенография на бял дроб и сърце – по преценка.
4. ЕКГ.
5. Абдоминална ехография (ехография на коремни органи).
6. Стандартно ендоскопско изследване на горния или долен ГИТ (горна или долна гастроинтестинална ендоскопия) с или без ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология;
7. Хистологично изследване и /или цитологично изследване.
8. Контрастна рентгенография на горния ГИТ - при показания.
9. Допълнителни изследвания - при показания:
 - изобразителни изследвания, напр. рентгенография, КТ, МРТ;
 - микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали, кръв, биопсичен/цитологичен материал), имунологични и други изследвания;
10. Подготовка/лечение.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на жизнено важни функции, анемия, коагулационни нарушения, придружаващи заболявания;
- лечение на основното заболяване според препоръките за стандартизирано поведение на БНДГЕ (Българско научно дружество по гастроентерология).

Лечението се провежда с антисекретори (Н-2 блокери, инхибитори на протонната помпа); протектори на лигавицата, прокинетици или други медикаменти, повлияващи функцията на сфинктерите и моториката на горния ГИТ, кръвоспиращи, антибиотици и други антибактериални средства, соматостатин, противотуморни и имуномодулиращи средства и др.; спазмолитици; обезболяващи; хепарин; електролитни и инфузионни р-ри; кортикостероиди, средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия, осигуряване на ентерално или парентерално хранене, сондово хранене или перорално хранене с концентрирани хранителни субстанции др. По индикации - трансфузия на цяла кръв или кръвни компоненти, кръвозаместители, фактори на съсирване, хуманалбумин и други.

Други терапевтични процедури – промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции през сонда или перкутанна ендоскопска гастро-ентеростома.

ОСНОВНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГИТ

1) Ендоскопско изследване на ГИТ със:

- хромоендоскопия; ендоскопска макробиопсия; диагностично-терапевтична ендоскопска мукозна резекция; други.

2) Балонна ентeроскопия.

- Болест на Крон; неясно кървене от ГИТ; глутенова ентeропатия, болест на Уипъл, паразитози; тумори на тънкото черво; чревна полипоза; язви на тънкото черво (напр. медикаментозно предизвикани от НСПВС, аспирин).

3) Ендоскопска ехография с или без тънкоиглена (аспирационна биопсия) цитология от тъкан от лезии в стената и извън нея с цел:

- оценка на промените на стената на ГИТ или съседни структури; диагноза на субмукозни лезии; стадиране на карцином, други тумори; диференциална диагноза на лимфаденопатия; медиастинална маса; аспирация на кистични образувания.

4) Долна ендоскопска ендолуменна ехография, със или без тънкоиглена биопсия за:

- стадиране на карцином, други тумори, диагноза на субмукозни лезии, при болест на Крон, язвен колит, при перичревни абсцеси и фистули;

5) При показания се извършва:

- доплерово ехографско изследване;

- тънкоиглена /аспирационна биопсия или аспирация на течни колекции.

6) Капсулна ендоскопия.

- Болест на Крон; неясно кървене от ГИТ; глутенова ентeропатия, болест на Уипъл, паразитози; тумори на тънкото черво; чревна полипоза; язви на тънкото черво (напр. медикаментозно предизвикани от НСПВС, аспирин).

ОСНОВНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГИТ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЕНДОСКОПСКО ЛЕЧЕНИЕ

1) Перкутанна ендоскопска гастро-/ ентeростомия се прави:

- при невъзможност за приемане на храна/вода при злокачествени и доброкачествени заболявания – органични и функционални; за хранене с концентрирани хранителни субстанции.

2) Ендоскопско отстраняване на доброкачествени новообразувания на лигавицата на ГИТ се прави при:

- аденоматозен(и) или неаденоматозен(и) полип(и); плосък аденом; фамилна полипоза; синдром на Peutz Jeghers с кървене от полип(и).

Използвани ендоскопски манипулации: ендоскопска щипкова полипектомия; ендоскопска бримкова полипектомия; ендоскопска мукозна резекция; аргон-плазмена коагулация или друга ендоскопска деструкция.

3) Ендоскопско радикално лечение на мукозен рак без инвазия в лимфните възли, премалигнени лезии (интестинална метаплазия и дисплазия).

Методи: 1. Ендоскопска мукозна резекция; 2. Тъканна деструкция след предварително хистологично изследване: нетермична лазерна фотодинамична терапия; термични методи: аргон-плазмена коагулация, мултиполана електрокоагулация; Heater probe; ND:YAG, KTPн лазер; 3. Комбинирано ендоскопско лечение.

4) Антирефлуксни ендоскопски процедури:

- ГЕРБ и аксиална херния (без индикации или неподходящи за оперативно лечение).

5) Ендоскопска инжекционна терапия:

- при туморен процес: интратуморно или перитуморно инжектиране на лечебна субстанция;

- локално лечение на възпалителен оток или стриктури: кортикостероиди или други медикаменти;

- ендоскопска инжекционна терапия на сфинктерни зони.

6) Ендоскопска дилатация на стеснени участъци с балонни катетри; пластмасови дилататори или метални оливи (само за хранопровод и кардия):

- дисфагия при ахалазия и други функционални нарушения; доброкачествени стриктури; злокачествени стриктури; преди ендоскопско протезиране; отвън стеснени участъци и други.

7) Ендоскопско протезиране (поставяне на пластмасови, метални или други ендопротези) при:

- доброкачествени или злокачествени стриктури на ГИТ; фистули вкл. бронхоезофагеални.

8) Ендоскопска туморна реканализация – вътрелуменна туморна деструкция (аблация, реканализация) – при запушване на участъци от ГИТ; преди протезиране или при туморно прорастване в протезата; кървене от тумор.

Методи: 1. Интра- или перитуморно инжектиране/химична аблация - абсолютен алкохол, склерозиращи вещества, химиотерапевтици, други; 2. Вътрелуменна туморна деструкция - ND: YAG лазерна аблация; 3. Комбинирано лечение, фотодинамична терапия, електрокоагулация; 4. АПК.

9) Терапевтични процедури чрез горна или долна ендоскопска ехография: тънкоиглено инжектиране: за лечение на тумори - тъканна деструкция или обезболяване; дрениране на кисти, абсцесни кухини и др.

10) Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след ендоскопско, хистологично или цитологично изследване;
- след ехоендоскопско изследване – за определяне стадия на тумора;
- след рентгенологично изследване – при стриктура или обструкция от притискане, субмукозни промени, фистула, невъзможен ендоскопски достъп поради анатомични причини, първични и вторични моторни нарушения; при извършване на някои специализирани терапевтични ендоскопски манипулации – дилатация, протезиране и други.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- при осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;
- стабилизирано състояние на пациента след интервенционалната процедура;
- документирано подобряване на жизненоважни параметри и лабораторни показатели, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разрежено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 69 ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ
ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ
КП № 69.2 ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ
ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ ЗА ЛИЦА ПОД 18
ГОДИШНА ВЪЗРАСТ
Минимален болничен престой – 3 дни**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ	
Ендоскопско приложение на агент в лезия на хранопровод	
	Инжектиране на склерозиращ агент <i>Включва:</i> варици: • езофаеални • езофаго гастрален преход
30476-00	Ендоскопско приложение на агент в некрвяща лезия в хранопровод
30476-01	Ендоскопско приложение на агент в некрвяща лезия в областта на хранопроводно-стомашния преход
Деструктивни процедури на хранопровода	
30476-02	Ендоскопско лигиране варици на хранопровод Ендоскопско лигиране варици на езофагогастрален сегмент
30478-11	Езофагоскопия с диатермия
30478-12	Езофагоскопия с термична сонда за коагулация
30478-19	Езофагоскопия с друга коагулация Аргон-плазма коагулация
30479-00	Ендоскопска лазер терапия на хранопровод Ендоскопска лазер терапия на хранопровод при: • доброкачествени съдови лезии • дилатация • неоплазима
Други ексцизионни процедури на хранопровод	
30478-13	Езофагоскопия с ексцизия на лезия Ендоскопска езофагеална полипектомия
Селективна ваготомия с частична гастректомия	
	Стволова ваготомия с частична гастректомия <i>Кодирай също когато е направен:</i> • контрол на кървяща пептична язва (30505-00 [874], 30509-00 [880]) <i>Не включва:</i> такава след предишни процедури за пептична язвена болест (30503 [878])
30497-00	Селективна ваготомия с частична гастректомия и гастродуоденална анастомоза
Панендоскопия с деструкция	
	Дуоденоскопия } Гастроскопия } с деструкция Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
	<i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия
30478-01	Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02	Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03	Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация
30478-20	Панендоскопия до дуоденома с друга коагулация Аргон плазма коагулация

Панендоскопия с ексцизия	
30478-04	<div> <div> Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } </div> <div> } с ексцизия </div> </div> <p>Включва: двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до дванадесетопръстника с ексцизия на лезия</p> <p>Панендоскопия на дуоденума с ексцизия на полип</p>
Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху хранопровод	
30490-00	<p>Ендоскопско поставяне на езофагеална протеза</p> <p>Ендоскопско поставяне на езофагеален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • разширяващ се • неразширяващ се <p>Включва: дилатация на хранопровод</p>
30490-01	<p>Ендоскопска подмяна на езофагеална протеза</p> <p>Ендоскопска подмяна на езофагеален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • разширяващ се • неразширяващ се <p>Включва: дилатация на хранопровод</p>
30490-02	<p>Ендоскопско отстраняване на езофагеална протеза</p> <p>Ендоскопско изваждане на езофагеален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • разширяващ се • неразширяващ се <p>Не включва: това при подмяна (30490-01 [853])</p>
Дилатация на хранопровод	
41819-00	<p>Друга ендоскопска дилатация на хранопровод</p> <p>Не включва: чрез лазер (30479-00 [856])</p> <p>с поставяне на протеза (30490-00 [853])</p>
41831-00	Ендоскопска пневматична дилатация на хранопровод
Панендоскопия с деструкция	
30478-01	Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02	Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03	Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация
Деструктивни процедури на стомах	
30476-03	Ендоскопско лигиране на стомашни варици
Други ексцизионни процедури на стомах	
90297-01	Ендоскопска мукозна резекция на стомах
Панендоскопия с ексцизия	
30473-06	<div> <div> Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } </div> <div> } с ексцизия </div> </div> <p>Включва: двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до илеума с биопсия</p>
Панендоскопия с отстраняване на чуждо тяло	
30478-14	<p>Включва: двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до илеума с отстраняване на чуждо тяло</p> <p>Изваждане на чуждо тяло чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • илеоскопия • йеюноскопия
Панендоскопия с деструкция	
	<div> <div> Дуоденоскопия Гастроскопия </div> <div> } с деструкция </div> </div>

	Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
	<i>Включва:</i> двойно балонна ендоскопия
30478-15	Панендоскопия до илеума с диатермия
30478-16	Панендоскопия до илеума със сонда за термична коагулация
30478-17	Панендоскопия до илеума с лазерна коагулация
30478-21	Панендоскопия до илеума с друга коагулация
	Аргон плазма коагулация
Други ексцизионни процедури на дебело черво	
90297-02	Ендоскопска мукозна резекция на дебело черво
Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура	
30475-00	Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура
	<i>Не включва:</i> такава при гастродуоденална стриктура (30475-01 [882])
30475-01	Ендоскопска дилатация на гастродуоденална стриктура
	<i>Не включва:</i> такава при стомашна стриктура (30475-00 [882])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва	
	<i>Включва:</i> двойно-балонна ендоскопия
30478-05	Перкутанна ендоскопска йеюностомия [PEJ]
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах	
30478-08	Изваждане на гастростомна тръба
	Изваждане на:
	• неендоскопски гастростомен бутон
	• перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
	<i>Не включва:</i> тези с подмяна на:
	• неендоскопски гастростомен бутон (30483-00 [870])
	• перкутанна ендоскопска гастростомна тръба (30482-00 [870])
30481-00	Първоначално вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
30482-00	Повторно вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
	Подмяна на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
Други възстановителни процедури на стомах	
90304-00	Друго възстановяване на стомах
Панендоскопия	
	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия
11820-00	Панендоскопия чрез камера капсула
	Камера хапче }
	Капсула }
	Гастроинтестинална камера капсула }
	ендоскопия
30473-05	Панендоскопия до илеума
	Илеоскопия
	Йеюноскопия
Панендоскопия с ексцизия	
30473-06	Панендоскопия до илеума с биопсия
Фиброоптична колоноскопия с ексцизия	
32087-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с полипектомия
	Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени полипектомии
	Флексибилна сигмоидоскопия с полипектомия
	Къса колоноскопия с полипектомия
	<i>Включва:</i> полипектомия чрез или с използване на:
	• биполарна каутеризация
	• горещ биопсичен форцепс
	• бримкова техника
32093-00	Фиброоптична колоноскопия до цекума, с полипектомия

Колоноскопия до цекум, с множествени полипектомии Дълга колоноскопия с полипектомия <i>Включва:</i> полипектомия чрез или използване на: <ul style="list-style-type: none"> • биполарна каутеризация • горещ биопсичен форцепс • бримкова техника 	
Деструктивни процедури на дебело черво	
90308-00	Ендоскопска деструкция на лезия на дебело черво Ендоскопска: <ul style="list-style-type: none"> • аблация на тумор на дебело черво • Аргон-плазма коагулация • контрол на дебелочревни кървене • деструкция на дебелочревни тъкани <i>Не включва:</i> с лазер (30479-02 [908])
30479-02	Ендоскопска лазерна терапия на дебело черво Ендоскопска лазер терапия на дебелочревни: <ul style="list-style-type: none"> • доброкачествени съдови лезии • неоплазма • стриктура
Деструктивни процедури на ректум или анус	
30479-01	Ендоскопска лазерна терапия на ректум Ендоскопска лазер терапия за: <ul style="list-style-type: none"> • доброкачествени съдови лезии • неоплазма
90312-00	Електрокоагулация на ректална тъкан Електрокоагулация на ректална лезия <i>Не включва:</i> такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931]) <ul style="list-style-type: none"> • стриктура
Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура	
30474-00	Балонна дилатация на дуоденум
Други възстановителни процедури на тънки черва	
30379-00	Балонна дилатация на йеюнум
Друго възстановяване на дебело черво	
32094-00	Ендоскопска дилатация на колоректална стриктура Ендоскопска дилатация на колоректална анастомозна стриктура
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху дебело черво	
90295-00	Ендоскопско поставяне протеза на дебело черво Ендоскопско поставяне на дебелочревен стент
90295-01	Ендоскопска подмяна на протеза на дебело черво Ендоскопска: <ul style="list-style-type: none"> • подмяна } • ревизия } дебелочревен стент
90295-02	Ендоскопско отстраняване на протеза на дебело черво Ендоскопско изваждане на дебелочревен стент <i>Не включва:</i> такава с подмяна (90295-01 [906])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху ректум или анус	
90295-03	Ендоскопско поставяне на ректална протеза Ендоскопско поставяне на ректален стент
90295-04	Ендоскопска подмяна на ректална протеза Ендоскопска: <ul style="list-style-type: none"> • подмяна } • ревизия } ректален стент
90295-05	Ендоскопско отстраняване на ректална протеза Ендоскопско изваждане на ректален стент <i>Не включва:</i> такава при подмяна (90295-04 [929])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва	

92068-00	<p><i>Включва:</i> двойно-балонна ентероскопия</p> <p>Ендоскопско поставяне на дуоденална протеза</p> <p>Ендоскопско поставяне на дуоденален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • метален (Wallstent) • полиетиленов
92068-01	<p><i>Включва:</i> дилатация на дуоденум</p> <p>Ендоскопска подмяна на дуоденална протеза</p> <p>Ендоскопска подмяна на дуоденален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • метален (Wallstent) • полиетиленов
92068-02	<p><i>Включва:</i> дилатация на дуоденум</p> <p>Ендоскопско премахване на дуоденална протеза</p> <p>Ендоскопско изваждане на дуоденален стент:</p> <ul style="list-style-type: none"> • метален (Wallstent) • полиетиленов <p><i>Не включва:</i> такава с подмяна (92068-01 [892])</p>
Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус	
90315-00	<p>Ендоскопска ексцизия на лезия или тъкан на анус</p> <p>Ендоскопска ексцизия на тъкан или лезия на ануса</p> <p><i>Не включва:</i> ендоскопска ексцизия на анални:</p> <ul style="list-style-type: none"> • полип (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911]) • кожни израстъци (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911])
Процедури при хемороиди	
32135-00	Лигиране на хемороиди с гумен пръстен
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук
	Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00	Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография
ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други ексцизионни процедури на хранопровод	
30473-04	Езофагоскопия с биопсия
Панендоскопия с ексцизия	
	<p>Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }</p>
30473-01	<p><i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия</p>
30473-06	Панендоскопия до илеума с биопсия
Фиброоптична колоноскопия с ексцизия	
32090-01	<p>Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия</p> <p>Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии</p> <p>Дълга колоноскопия с биопсия</p>
32084-01	<p>Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с биопсия</p> <p>Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени биопсии</p> <p>Флексибилна сигмоидоскопия } Къса колоноскопия } с биопсия</p>

Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55276-00	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948]) Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
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
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
 - опаковани клетки
 - червени кръвни клетки
- 13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити
- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
 - коагулационни фактори НКД
 - криопреципитати
 - фактор VIII
- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
 - плазма (прясно замразена) (FFP)
- 92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители
- 92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
 - гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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, противоинокциозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване:

При лица до 18 годишна възраст клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени: една високоспециализирана интервенционална процедура, две диагностични процедури и две терапевтични процедури (от които едната задължително е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09).

При извършване на процедури с кодове: 30473-04, 30476-00, 30476-01, 30476-02/30478-11, 30478-12, 30478-19, 30479-00, 30478-13, 30497-00, 30478-01, 30478-02, 30478-03, 30478-20 (при полипектомия); 30478-01, 30478-02, 30478-03, 30476-03, 30476-03 (при полипектомия); 90297-01; 30473-01; 30473-06; 32090-01; 30473-06, 30478-14, 30478-15, 30478-16, 30478-17, 30478-21, 90297-02; 32087-00, 32093-00, 32084-01 и 32093-00 е задължително извършването на патоморфологично изследване 91919-01 или 91919-11;

- При извършване на процедура 30478-04 е достатъчно прилагане на доказателствен материал на лезията (на хартиен или магнитен носител);
- терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02, 96199-00 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.
- Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека за лица под 18 годишна възраст се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко от второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по хирургия (при наличие на специалист със сертификат по ТЕМ) или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден/висок клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Структура по Образна диагностика

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или

лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекари със специалност по образна диагностика– минимум двама.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Примка за лигиране еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Накрайник за лигиране еднократен	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Саморазтваряща се ендопротеза за хранопровод или черво и други	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за тънкоиглена биопсия под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за биопсия през ехоендоскоп	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Индивидуален набор (капсула и аксесоари) за извършване на капсулна ендоскопия	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Полипектомична примка еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла ендоскопска еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Клипси за ендоскопска хемостаза	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Балон - дилататор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за ПЕГ	НЗОК не заплаща посоченото изделие

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностично уточняване и лечение чрез извършване на високоспециализирани интервенционални процедури при:

- онкологично заболяване;
- стеноза, тубуловиден аденом;
- други остри и хронични обострени заболявания на гастроинтестиналния тракт с данни за бърза прогресия и неповлияващи се от амбулаторно лечение;
- заболявания в детската възраст.
- Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти със заболявания на гастроинтестиналния тракт без данни за бърза прогресия с необходимост от извършване на високоспециализирани интервенционални процедури на гастроинтестиналния тракт, след приключване на диагностично-терапевтичния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа на хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. КТ и МРТ се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията – при минимален болничен престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Условия за провеждане на ендоскопски/ехографски интервенционални процедури на гастроинтестиналния тракт

1. Клинично – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания):
 - хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки).
 - клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кр. захар, креатинин, урея, амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, при показания - АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.);
 - хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТТ (пТПВ/ККВ);
 - пълно изследване на урина;
2. Кръвна група.
3. Рентгенография на бял дроб и сърце – по преценка.
4. ЕКГ.
5. Абдоминална ехография (ехография на коремни органи).
6. Стандартно ендоскопско изследване на горния или долен ГИТ (горна или долна гастроинтестинална ендоскопия) с или без ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология;
7. Хистологично изследване и /или цитологично изследване.
8. Контрастна рентгенография на горния ГИТ - при показания.
9. Допълнителни изследвания - при показания:
 - изобразителни изследвания, напр. рентгенография, КТ, МРТ;
 - микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали, кръв, биопсичен/цитологичен материал), имунологични и други изследвания;
10. Подготовка/лечение.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на жизнено важни функции, анемия, коагулационни нарушения, придружаващи заболявания;
- лечение на основното заболяване според препоръките за стандартизирано поведение на БНДГЕ (Българско научно дружество по гастроентерология).

Лечението се провежда с антисекретори (H-2 блокери, инхибитори на протонната помпа); протектори на лигавицата, прокинетици или други медикаменти, повлияващи функцията на сфинктерите и моториката на горния ГИТ, кръвоспиращи, антибиотици и други антибактериални средства, соматостатин, противотуморни и имуномодулиращи средства и др.; спазмолитици; обезболяващи; хепарин; електролитни и инфузионни р-ри; кортикостероиди, средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия, осигуряване на ентерално или парентерално хранене, сондово хранене или перорално хранене с концентрирани хранителни субстанции др. По индикации - трансфузия на цяла кръв

или кръвни компоненти, кръвозаместители, фактори на съсирване, хуманалбумин и други.

Други терапевтични процедури – промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции през сонда или перкутанна ендоскопска гастро-ентеростома.

ОСНОВНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГИТ

1) Ендоскопско изследване на ГИТ със:

- хромоендоскопия; ендоскопска макробиопсия; диагностично-терапевтична ендоскопска мукозна резекция; други.

2) Балонна ендоскопия.

- Болест на Крон; неясно кървене от ГИТ; глутенова ентеропатия, болест на Уипъл, паразитози; тумори на тънкото черво; чревна полипоза; язви на тънкото черво (напр. медикаментозно предизвикани от НСПВС, аспирин).

3) Ендоскопска ехография с или без тънкоиглена (аспирационна биопсия) цитология от тъкан от лезии в стената и извън нея с цел:

- оценка на промените на стената на ГИТ или съседни структури; диагноза на субмукозни лезии; стадиране на карцином, други тумори; диференциална диагноза на лимфаденопатия; медиастинална маса; аспирация на кистични образувания.

4) Долна ендоскопска ендолуменна ехография, със или без тънкоиглена биопсия за:

- стадиране на карцином, други тумори, диагноза на субмукозни лезии, при болест на Крон, язвен колит, при перичревни абсцеси и фистули;

5) При показания се извършва:

- доплерово ехографско изследване;

- тънкоиглена /аспирационна биопсия или аспирация на течни колекции.

6) Капсулна ендоскопия.

- Болест на Крон; неясно кървене от ГИТ; глутенова ентеропатия, болест на Уипъл, паразитози; тумори на тънкото черво; чревна полипоза; язви на тънкото черво (напр. медикаментозно предизвикани от НСПВС, аспирин).

ОСНОВНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГИТ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЕНДОСКОПСКО ЛЕЧЕНИЕ

1) Перкутанна ендоскопска гастро-/ентеростомия се прави:

- при невъзможност за приемане на храна/вода при злокачествени и доброкачествени заболявания – органични и функционални; за хранене с концентрирани хранителни субстанции.

2) Ендоскопско отстраняване на доброкачествени новообразувания на лигавицата на ГИТ се прави при:

- аденоматозен(и) или неаденоматозен(и) полип(и); плосък аденом; фамилна полипоза; синдром на Peutz Jeghers с кървене от полип(и).

Използвани ендоскопски манипулации: ендоскопска щипкова полипектомия; ендоскопска бримкова полипектомия; ендоскопска мукозна резекция; аргон-плазмена коагулация или друга ендоскопска деструкция.

3) Ендоскопско радикално лечение на мукозен рак без инвазия в лимфните възли, премалигнени лезии (интестинална метаплазия и дисплазия).

Методи: 1. Ендоскопска мукозна резекция; 2. Тъканна деструкция след предварително хистологично изследване: нетермична лазерна фотодинамична терапия; термични методи: аргон-плазмена коагулация, мултиполана електрокоагулация; Heater probe; ND:YAG, KTP лазер; 3. Комбинирано ендоскопско лечение.

4) Антирефлуксни ендоскопски процедури:

- ГЕРБ и аксиална херния (без индикации или неподходящи за оперативно лечение).

5) Ендоскопска инжекционна терапия:

- при туморен процес: интратуморно или перитуморно инжектиране на лечебна субстанция;
- локално лечение на възпалителен оток или стриктури: кортикостероиди или други медикаменти;
- ендоскопска инжекционна терапия на сфинктерни зони.

6) Ендоскопска дилатация на стеснени участъци с балонни катетри; пластмасови дилататори или метални оливи (само за хранопровод и кардия):

- дисфагия при ахалазия и други функционални нарушения; доброкачествени стриктури; злокачествени стриктури; преди ендоскопско протезиране; отвън стеснени участъци и други.

7) Ендоскопско протезиране (поставяне на пластмасови, метални или други ендопротези) при:

- доброкачествени или злокачествени стриктури на ГИТ; фистули вкл. бронхоезофагеални.

8) Ендоскопска туморна реканализация – вътрелуменна туморна деструкция (аблация, реканализация) – при запушване на участъци от ГИТ; преди протезиране или при туморно прорастване в протезата; кървене от тумор.

Методи: 1. Интра- или перитуморно инжектиране/химична аблация - абсолютен алкохол, склерозиращи вещества, химиотерапевтици, други; 2. Вътрелуменна туморна деструкция - ND: YAG лазерна аблация; 3. Комбинирано лечение, фотодинамична терапия, електрокоагулация; 4. АПК.

9) Терапевтични процедури чрез горна или долна ендоскопска ехография: тънкоиглено инжектиране: за лечение на тумори - тъканна деструкция или обезболяване; дрениране на кисти, абсцесни кухини и др.

10) Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след ендоскопско, хистологично или цитологично изследване;
- след ехоендоскопско изследване – за определяне стадия на тумора;
- след рентгенологично изследване – при стриктура или обструкция от притискане, субмукозни промени, фистула, невъзможен ендоскопски достъп поради анатомични причини, първични и вторични моторни нарушения; при извършване на някои специализирани терапевтични ендоскопски манипулации – дилатация, протезиране и други.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- при осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;
- стабилизирано състояние на пациента след интервенционалната процедура;
- документирано подобряване на жизненоважни параметри и лабораторни показатели, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикриза. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разрежено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 70 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТ НА КРОН И
УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ**
**КП № 70.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТ НА КРОН И
УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ**
Минимален болничен престой - 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Болест на Crohn [регионарен ентерит]

Включва: грануломатозен ентерит

Не включва: улцерозен колит (K51.—)

K50.0 Болест на Crohn на тънкото черво

Болест на Crohn [регионарен ентерит] на:

- дванадесетопръстника
- илеума
- йеюнум

Илеит:

- регионарен
- терминален

Не включва: с болест на Crohn на дебелото черво (K50.8)

K50.1 Болест на Crohn на дебелото черво

Колит:

- грануломатозен
- регионарен

Болест на Crohn [регионарен ентерит] на:

- колона
- дебелото черво
- ректума

Не включва: с болест на Crohn на тънкото черво (K50.8)

K50.8 Други разновидности на болестта на Crohn

Болест на Crohn на тънкото и дебелото черво

K50.9 Болест на Crohn, неуточнена

Болест на Crohn БДУ

Регионарен ентерит БДУ

Улцерозен колит

K51.0 Улцерозен (хроничен) ентероколит

K51.1 Улцерозен (хроничен) илеоколит

K51.2 Улцерозен (хроничен) проктит

K51.3 Улцерозен (хроничен) ректосигмоидит

K51.4 Псевдополипоза на колона

K51.5 Мукозен проктоколит

K51.8 Други улцерозни колити

МКБ-код **K50.9** се използва само при доказано заболяване на горните отдели на ГИТ.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Панендоскопия	
30473-05	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Панендоскопия до илеума Илеоскопия Йеюноскопия
11820-00	Панендоскопия чрез камера капсула Камера хапче

	Капсула } Гастроинтестинална камера капсула }	ендоскопия
Панендоскопия с ексцизия		
	Дуоденоскопия } Гастроскопия } Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }	с ексцизия
30473-06	Включва: двойно балонна ентероскопия Панендоскопия до илеума с биопсия	
30473-01	Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия	
Фиброоптична колоноскопия		
32090-00	Колоноскопия през артифициална стома Фиброоптична колоноскопия до цекума Дълга колоноскопия Включва: оглед на илеума Не включва: такава с: <ul style="list-style-type: none">• биопсия (32084-01 [911])• полипектомия (32087-00 [911])	
32084-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика Гъвкава сигмоидоскопия Къса колоноскопия Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с: <ul style="list-style-type: none">• биопсия (32084-01 [911])• полипектомия (32087-00 [911])	
Фиброоптична колоноскопия с ексцизия		
32090-01	Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии Дълга колоноскопия с биопсия	
Рентгенография на стомашно-чревен тракт		
58909-00	Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977]) Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум Включва: предварителен общ план Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])	
58915-00	Контрастно изследване на тънки черва Серийно изследване на тънки черва Включва: предварителен общ план Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975]) на корем (58900-00 [1977])	
58921-00	Друга контрастна клизма Включва: изследване с въздушен контраст предварителен общ план	
Компютърна томография на корем		
	Включва: регион от диафрагмата до криста илиака Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none">• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])• и	

	<ul style="list-style-type: none"> • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
56549-01	Компютърна томография на дебело черво Компютърна томография на дебело черво, след частична колоноскопия Виртуална колоноскопия
56550-00	Компютърна томография - ентерография
56550-01	Компютърна томография – ентероклиза
56551-00	Компютърна томография - колоноскопия (колонография)
Рентгенография на корем или перитонеум	
58900-00	Рентгенография на корем <i>Включва:</i> жлъчен тракт долна гастроинтестинална област ретроперитонеум стомах <i>Не включва:</i> тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00	Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
	<i>Не включва:</i> такова с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: <ul style="list-style-type: none"> • аорта отпада• илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-00	Магнитно резонансна томография – ентерография
90913-01	Магнитно резонансна томография – ентероклиза
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина

91920-17	Изследване за нитрити в урината
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
Вирусологични изследвания	
91922-04	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серио-) типизиране за хроничен хепатит С Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С
Микробиологични изследвания	
91908-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-04	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения
1925 Паразитологични изследвания	
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология
1930 Имунологични изследвания	
91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-09	Изследване на анти - неутрофилните цитоплазматични антитела (anti pANCA)
91924-10	Изследване на анти сахаромичетни антитела anti ASCA
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити • опаковани клетки

<p>92062-00</p> <p>92063-00</p>	<ul style="list-style-type: none"> • червени кръвни клетки <p>Приложение на друг серум Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP) <p>Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители
Приложение на фармакотерапия	
	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741]) <i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p> <p>96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p> <p>96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p> <p>96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент <i>Виж допълнителни знаци</i></p>

	<p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

	<ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Приложение на фармакотерапия	
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант <i>Виж допълнителни знаци</i>

Изискване:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове:

- Една диагностична процедура - 1932 „Изследвания на урината“, която включва задължително всички изследвания на урината;

- Втора диагностична процедура, която включва извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;

- Трета диагностична процедура - с код 11700-00- ЕКГ;

- Четвърта диагностична процедура - с код 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;

- Пета – Ендоскопска процедура или ендоскопски ултразвук (30668-00 или 55601-00) или рентгенологична процедура;

и две терапевтични процедури, от която едната задължително е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 .

Процедура 91908-02, 91919-01 или 91919-11 задължително се отчита допълнително като шеста процедура, само при извършване на биопсия.

При тежки форми на заболяването (за **болест на Крон - CDAI над 300 или B2/3**, за улцерозен колит – **степен S3**) се допуска отчитане на клиничната пътека при извършване на минимум четири основни диагностични процедури (задължително 58900-00 или (56401-00 или 56549-01 или 56550-00 или 56550-01 или 56551-00) или (30668-00 или 55601-00) или (55036-00 или 55276-00 или 55278-00); 11700-00 и 1923) и две терапевтични процедури (от които едната задължително е 96199-09/96200-09/96197-09).

Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ задължително се посочва вида, дозата и курса на лечение на приложеното лекарство.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски и ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
6. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
--

1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

За ендолуменна или ендоскопска ехография, специалистът трябва да притежава сертификат по интервенционална и ендоскопска ехография – трето ниво – само за отчитане на ендолуменна или ендоскопска ехография (30668-00/55601-00). Не е задължително структурата по гастроентерология да има такъв специалист, за да сключи договор по тази КП.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с болест на Крон и улцерозен колит с нужда от спешни реанимационни мероприятия, корекция на анемия, фебрилитет и други усложнения;

Диагностика и лечение на:

- тежък и умерено тежък улцерозен колит;
- болест на Крон с активност, преценена по CDAI над 150;
- стенозираща и/или фистулизираща болест на Крон;
- клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни, суспектни за болест на Крон или улцерозен колит с необходимост от първоначално диагностично уточнение;
- известно заболяване (болест на Крон или улцерозен колит) в стадий на екзацербация (рецидив); при поява на локални и системни усложнения или за преоценка на лечението, включително при резистентни на амбулаторно лечение болни;
- стартиране и проследяване на биологичната активност на биологична терапия с анти-TNF препарати.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи извън спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на

патологично променените показатели се извършват до края на хоспитализацията – по преценка.

Според препоръките за стандартизирано поведение (консенсусни решения) на Българско научно дружество по гастроентерология (БНДГЕ).

Класификация на УК според активността на заболяването

	Лек – S1	Умерен – S2	Тежък – S3
Брой дефекации	< 4	>6	>10
Кръв в изпражненията	леко	профузно	непрекъснато
Температура (t°)	липсва	>37.5	>38.5
Хемоглобин	> 10 g/dl	< 10 g/dl	< 8 g/dl
СУЕ	< 30 mm	> 30 mm	> 50 mm 1 h
Албумин	нормален	3-4 g/dl	< 3 g/dl

Ендоскопска класификация на УК

Степен	Характеристика на лигавицата
0 (ремисия)	Нормална, бледа лигавица, нагънати съдове
1 (лека активност)	Еритема, леко гранулирана повърхност, загуба на съдов рисунок
2 (умерена активност)	Единични язви, лигавица като “кадифе”, контактно или спонтанно кървене
3 (тежка активност)	Гной, големи язви и спонтанно кървене

Индекс на Best - Crohn's Disease Activity Index (CDAI)

Показател	Фактор на значимост (x)	Точки=
Брой течни или кашави изхождания	x2	
Болки в корема (липсват=0, леки=1, умерени=2, силни=3)	x5	
Общо състояние (добро=0, леко увредено = 1, лошо = 2, много лошо =3, изключително лошо = 4)	x7	
Усложнения (брой) артрит, ирит, увеит, афтозен стоматит, гангренозна пиодерма, нодозен еритем, фисури, чревни фистули, анални периректални абсцеси, температура >38°C през седмицата	Брой x20	
Симптоматично противодиарийни лекарства (да.1)	x30	
Резистентност/формация в корема (липсват=0, вероятна =2, сигурна = 5)	x10	
Хематокрит (жени =42 –измерена стойност на хематокрита, мъже 47 - измерена стойност на хематокрита)	x6	
Тегло 1–настоящо тегло/стандартно тегло	x100	
Общо		

Данните се събират от болния, като се попълва дневник в продължение на една седмица, за първите 3 показателя се представят като сума за цялата седмица.

CDAI < 150 – неактивна болест

CDAI >150 – активна болест

B 2 – стенозираща форма на болест на Крон

B 3 – фистулизираща форма на Крон

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ:

1. Оглед на дебелото черво – при УК и целия ГИТ – при БК: **ендоскопия с биопсия, рентгенография.**

- Колоноскопия, при невъзможност за извършването ѝ – сигмоидоскопия (ректоскопия) с иригография;
- При ангажиране на тънко черво – в комбинация с ентероклизис /капсулна ендоскопия (ентероскопия) – при болест на Крон;
- При ангажиране на горните отдели на ГИТ – в комбинация с езофаго-гастро-дуоденоскопия (ФГС). контрастно рентгеново изследване на горния ГИТ.
- **Хистологично изследване** и /или цитологично изследване.
- Други рентгенови изследвания: обзорна рентгенография на корема, белите дробове и сърцето; фистулография- при показания

2. Абдоминална ехография, КАТ, МРТ.

При показания:

- ехография на малък таз и ретроперитонеум;
- доплерово изследване;

3. Ендолюменна ехография – при suspectни данни за перианоректални фистули и абсцеси

4. Клинико–лабораторни изследвания.

4.1. Задължителни:

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct, и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ;
- клинично-химични показатели - кръвна захар, креатинин, С-реактивен протеин;
- хемостаза – протромбиново време (индекс, INR), АПТВ (пТПВ/ККВ), фибриноген;
- пълно изследване на урина.

4.2. Според съответното заболяване и по показания:

- клинично-химични показатели - общ белтък, албумин, урея, амилаза, билирубин
- общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, АСР, туморни маркери (СЕА и др.) – по показания;
- електролити - Na, K, Cl, Ca;
- други.

5. Изключване на чревна и друга инфекция– по показания:

- микробиологични изследвания на фекал и други биологични секрети;
- паразитологични изследвания;
- серологични / вирусологични (HbsAg, anti-HCV, HIV); аналитичен Видал и други.

6. Допълнителни изследвания - при показания:

- имунологични изследвания - имуноглобулини, ANCA, ANA, ACL;
- изследване за малабсорбция/ стеаторея;
- други – при усложнения.

ИНДИКАЦИИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ. ТЕРАПЕВТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

Лечението на ХВЗЧ се определя от клиничната тежест на болестта, степента на разпространение на процеса и настъпилите усложнения.

Тези заболявания са с неизвестна етиология и сходна патогенеза, поради което се използват едни и същи групи медикаменти.

Диетичният режим включва храни, богати на белтъчини, минерали, витамини и изключва храни, богати на целулоза; в тежките случаи – функционален покой на червата – ентерални храни.

В началото на заболяванията при средна и тежка степен на протичане е показано тотално или частично парентерално хранене, вливане на глюкозо-солеви разтвори или биопроductи (цялостна кръв, еритроцитна маса, плазма, хуманалбумин).

Медикаментозното лечение включва следните групи лекарства:

1. Кортикостероиди.

2. Имуносупресори.

3 Препарати на 5-аминосалициловата киселина (5-ASA).

4 Анти TNF – (анти-тумор некрозис фактор антитела) и други форми на биологична терапия.

5 Антибиотична терапия – спрямо Грам (-) и анаеробна флора или към кандидоза и опортюнистична инфекция (след микробиологично уточняване).

6 Антидиарични средства

В случай на тежка активност и фулминантни форми, при усложнения, синдром на късото черво; при фистули съвместно със соматостатин - парентерално или ентерално сондово хранене или перорален прием на етерални храни или елементна /полуелементна диета; безглутенова диета.

Реанимационни мерки, кръвопреливане, корекция на метаболитни и други нарушения.

В някои случаи се провеждат и **терапевтични ендоскопски процедури или такива под ехографски контрол**: ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за промивка или локална инстилация; ендоскопска хемостаза; ендоскопска деструкция на лезия или тъкан на черво, аспирация на течни колекции и абсцеси.

Показания за оперативно лечение:

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След тотален оглед (ендоскопски и рентгенологично) на дебелото черво за улцерозен колит и на ГИТ за болестта на Крон.

При невъзможност за извършване на колоноскопия – сигмоидоскопия с иригография.

Диагнозата може да бъде доказана и при предхождащо изследване и интраоперативно.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- липса на фебрилитет;
- подобряване на възпалителната компонента;
- значителна редукция на клиничните прояви: интоксикация; дефекации;
- корекция на патологично променените показатели, в т. ч. на изходната стойност на хемоглобина - над 70 г/л;

Повторна хоспитализация се допуска при поява на спешни индикации или за провеждане на противовъзпалително и инфузионно лечение с Anti TNF alpha.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

5. КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА отчет за лечение с anti – TNF@. Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или отделението до 1 година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК. Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона/ите.

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

**ОТЧЕТ ЗА ПРИЛОЖЕНИТЕ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПО КЛИНИЧНИ
ПЪТЕКИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ.**

КП №
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:

ЕГН:

ИЗ №:

ЛЕЧЕНИЕ с ANTI – TNF@ – фабричен № на флакона	
Индикации	Контраиндикации

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разрежено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 70 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТ НА КРОН И
УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ**
**КП № 70.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТ НА КРОН И
УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ**
Минимален болничен престой - 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Болест на Crohn [регионарен ентерит]

Включва: грануломатозен ентерит

Не включва: улцерозен колит (K51.—)

K50.0 Болест на Crohn на тънкото черво

Болест на Crohn [регионарен ентерит] на:

- дванадесетопръстника
- илеума
- йеюнум

Илеит:

- регионарен
- терминален

Не включва: с болест на Crohn на дебелото черво (K50.8)

K50.1 Болест на Crohn на дебелото черво

Колит:

- грануломатозен
- регионарен

Болест на Crohn [регионарен ентерит] на:

- колона
- дебелото черво
- ректума

Не включва: с болест на Crohn на тънкото черво (K50.8)

K50.8 Други разновидности на болестта на Crohn

Болест на Crohn на тънкото и дебелото черво

K50.9 Болест на Crohn, неуточнена

Болест на Crohn БДУ

Регионарен ентерит БДУ

Улцерозен колит

K51.0 Улцерозен (хроничен) ентероколит

K51.1 Улцерозен (хроничен) илеоколит

K51.2 Улцерозен (хроничен) проктит

K51.3 Улцерозен (хроничен) ректосигмоидит

K51.4 Псевдополипоза на колона

K51.5 Мукозен проктоколит

K51.8 Други улцерозни колити

МКБ-код **K50.9** се използва само при доказано заболяване на горните отдели на ГИТ.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Панендоскопия	
30473-05	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Панендоскопия до илеума Илеоскопия Йеюноскопия
11820-00	Панендоскопия чрез камера капсула Камера хапче

	Капсула } Гастроинтестинална камера капсула }	ендоскопия
Панендоскопия с ексцизия		
	Дуоденоскопия } Гастроскопия } Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }	с ексцизия
30473-06	Включва: двойно балонна ентероскопия Панендоскопия до илеума с биопсия	
30473-01	Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия	
Фиброоптична колоноскопия		
32090-00	Колоноскопия през артифициална стома Фиброоптична колоноскопия до цекума Дълга колоноскопия Включва: оглед на илеума Не включва: такава с: <ul style="list-style-type: none">• биопсия (32084-01 [911])• полипектомия (32087-00 [911])	
32084-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика Гъвкава сигмоидоскопия Къса колоноскопия Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с: <ul style="list-style-type: none">• биопсия (32084-01 [911])• полипектомия (32087-00 [911])	
Фиброоптична колоноскопия с ексцизия		
32090-01	Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии Дълга колоноскопия с биопсия	
Рентгенография на стомашно-чревен тракт		
58909-00	Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977]) Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум Включва: предварителен общ план Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])	
58915-00	Контрастно изследване на тънки черва Серийно изследване на тънки черва Включва: предварителен общ план Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975]) на корем (58900-00 [1977])	
58921-00	Друга контрастна клизма Включва: изследване с въздушен контраст предварителен общ план	
Компютърна томография на корем		
	Включва: регион от диафрагмата до криста илиака Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none">• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])• и	

	<ul style="list-style-type: none"> • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
56549-01	Компютърна томография на дебело черво Компютърна томография на дебело черво, след частична колоноскопия Виртуална колоноскопия
56550-00	Компютърна томография - ентерография
56550-01	Компютърна томография – ентероклиза
56551-00	Компютърна томография - колоноскопия (колонография)
Рентгенография на корем или перитонеум	
58900-00	Рентгенография на корем <i>Включва:</i> жлъчен тракт долна гастроинтестинална област ретроперитонеум стомах <i>Не включва:</i> тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00	Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: • аорта отпада• илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-00	Магнитно резонансна томография – ентерография
90913-01	Магнитно резонансна томография – ентероклиза
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба

91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
Вирусологични изследвания	
91922-04	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серио-) типизиране за хроничен хепатит С Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С
Микробиологични изследвания	
91908-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-04	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения
1925 Паразитологични изследвания	
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология
1930 Имунологични изследвания	
91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-09	Изследване на анти - неутрофилните цитоплазматични антитела (anti pANCA)
91924-10	Изследване на анти сахаромичетни антитела anti ASCA
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки

- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
 - плазма (прясно замразена) (FFP)
- 92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
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])
- 96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
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
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт

	<ul style="list-style-type: none"> • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>

[741])	
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Приложение на фармакотерапия	
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант <i>Виж допълнителни знаци</i>

Изискване:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове:

- Една диагностична процедура - 1932 „Изследвания на урината“, която включва задължително всички изследвания на урината;
 - Втора диагностична процедура, която включва извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
 - Трета диагностична процедура - с код 11700-00 - ЕКГ;
 - Четвърта диагностична процедура - с код 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
 - Пета – ендоскопска процедура или ендоскопски ултразвук (30668-00 или 55601-00) или рентгенологична процедура;
- и две терапевтични процедури, от която едната задължително е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

Процедура 91908-02, 91919-01 или 91919-11 задължително се отчита допълнително като шеста процедура, само при извършване на биопсия.

При тежки форми на заболяването (за **болест на Крон - CDAI над 300 или B2/3**, за улцерозен колит – **степен S3**) се допуска отчитане на клиничната пътека при извършване на минимум четири основни диагностични процедури (задължително 58900-00 или (56401-00 или 56549-01 или 56550-00 или 56550-01 или 56551-00) или (30668-00 или 55601-00) или (55036-00 или 55276-00 или 55278-00); 11700-00 и 1923) и две терапевтични процедури (от които едната задължително е 96199-09/96200-09/96197-09).

Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ задължително се посочва вида, дозата и курса на лечение на приложеното лекарство.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски и ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
 - датата на изследването;
 - вида на изследването;
 - получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
 - подпис на лекаря, извършил изследването.
- Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко от второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника /отделение по детска хирургия
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория
3. Структура по Образна диагностика

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология

или

лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

или

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с болест на Крон и улцерозен колит с нужда от спешни реанимационни мероприятия, корекция на анемия, фебрилитет и други усложнения;

Диагностика и лечение на:

- тежък и умерено тежък улцерозен колит;
- болест на Крон с активност, преценена по CDAI над 150;
- стенозираща и/или фистулизираща болест на Крон;
- клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни, суспектни за болест на Крон или улцерозен колит с необходимост от първоначално диагностично уточнение;
- известно заболяване (болест на Крон или улцерозен колит) в стадий на екзацербация (рецидив); при поява на локални и системни усложнения или за преоценка на лечението, включително при резистентни на амбулаторно лечение болни;
- стартиране и проследяване на биологичната активност на биологична терапия с анти-TNF препарати.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи извън спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват до края на хоспитализацията – по преценка.

Според препоръките за стандартизирано поведение (консенсусни решения) на Българско научно дружество по гастроентерология (БНДГЕ).

Класификация на УК според активността на заболяването

	Лек – S1	Умерен – S2	Тежък – S3
Брой дефекации	< 4	>6	>10
Кръв в изпражненията	леко	профузно	непрекъснато
Температура (t°)	липсва	>37.5	>38.5
Хемоглобин	> 10 g/dl	< 10 g/dl	< 8 g/dl
СУЕ	< 30 mm	> 30 mm	> 50 mm 1 h

Албумин	нормален	3-4 g/dl	< 3 g/dl
---------	----------	----------	----------

Ендоскопска класификация на УК

Степен	Характеристика на лигавицата
0 (ремисия)	Нормална, бледа лигавица, нагънати съдове
1 (лека активност)	Еритема, леко гранулирана повърхност, загуба на съдов рисунък
2 (умерена активност)	Единични язви, лигавица като "кадифе", контактно или спонтанно кървене
3 (тежка активност)	Гной, големи язви и спонтанно кървене

Индекс на Best - Crohn's Disease Activity Index (CDAI)

Показател	Фактор на значимост (x)	Точки=
Брой течни или кашави изхождания	x2	
Болки в корема (липсват=0, леки=1, умерени=2, силни=3)	x5	
Общо състояние (добро=0, леко увредено = 1, лошо = 2, много лошо =3, изключително лошо = 4)	x7	
Усложнения (брой) артрит, ирит, увеит, афтозен стоматит, гангренозна пиодерма, нодозен еритем, фисури, чревни фистули, анални периректални абсцеси, температура >38°C през седмицата	Брой x20	
Симптоматично противодиарийни лекарства (да.1)	x30	
Резистентност/формация в корема (липсват=0, вероятна =2, сигурна = 5)	x10	
Хематокрит (жени =42 –измерена стойност на хематокрита, мъже 47 - измерена стойност на хематокрита)	x6	
Тегло 1–настоящо тегло/стандартно тегло	x100	
Общо		

Данните се събират от болния, като се попълва дневник в продължение на една седмица, за първите 3 показателя се представят като сума за цялата седмица.

CDAI < 150 – неактивна болест

CDAI >150 – активна болест

B 2 – стенозираща форма на болест на Крон

B 3 – фистулизираща форма на Крон

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ:

1. Оглед на дебелото черво – при УК и целия ГИТ – при БК: **ендоскопия с биопсия, рентгенография.**

- Колоноскопия, при невъзможност за извършването ѝ – сигмоидоскопия (ректоскопия) с иригография;

- При ангажиране на тънко черво – в комбинация с ентероклизата /капсулна ендоскопия (ентероскопия) – при болест на Крон;

- При ангажиране на горните отдели на ГИТ – в комбинация с езофаго-гастро-дуоденоскопия (ФГС). контрастно рентгеново изследване на горния ГИТ.

- **Хистологично изследване** и /или цитологично изследване.

- Други рентгенови изследвания: обзорна рентгенография на корема, белите дробове и сърцето; фистулография- при показания

2. **Абдоминална ехография, КАТ, МРТ.**

При показания:

- ехография на малък таз и ретроперитонеум;

- доплерово изследване;

3. **Ендолюменна ехография** – при суспектни данни за перианоректални фистули и абсцеси

4. **Клинико–лабораторни изследвания.**

4.1. **Задължителни:**

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct, и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ;
- клинично-химични показатели - кръвна захар, креатинин, С-реактивен протеин;
- хемостаза – протромбиново време (индекс, INR), АПТТ (пТПВ/ККВ), фибриноген;
- пълно изследване на урина.

4.2. **Според съответното заболяване и по показания:**

- клинично-химични показатели - общ белтък, албумин, урея, амилаза, билирубин
- общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, АСР, туморни маркери (СЕА и др.) – по показания;
- електролити - Na, K, Cl, Ca;
- други.

5. **Изключване на чревна и друга инфекция**– по показания:

- микробиологични изследвания на фекал и други биологични секрети;
- паразитологични изследвания;
- серологични / вирусологични (HbsAg, anti-HCV, HIV); аналитичен Видал и други.

6. **Допълнителни изследвания** - при показания:

- имунологични изследвания - имуноглобулини, ANCA, ANA, ACL;
- изследване за малабсорбция/ стеаторея;
- други – при усложнения.

ИНДИКАЦИИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ. ТЕРАПЕВТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

Лечението на ХВЗЧ се определя от клиничната тежест на болестта, степента на разпространение на процеса и настъпилите усложнения.

Тези заболявания са с неизвестна етиология и сходна патогенеза, поради което се използват едни и същи групи медикаменти.

Диетичният режим включва храни, богати на белтъчини, минерали, витамини и изключва храни, богати на целулоза; в тежките случаи – функционален покой на червата – ентерални храни.

В началото на заболяванията при средна и тежка степен на протичане е показано тотално или частично парентерално хранене, вливане на глюкозо-солеви разтвори или биопродукти (цялостна кръв, еритроцитна маса, плазма, хуманалбумин).

Медикаментозното лечение включва следните групи лекарства:

1. Кортикостероиди.

2. Имуносупресори.

3 Препарати на 5-аминосалициловата киселина (5-ASA).

4 Анти TNF – (анти-тумор некротизис фактор антитела) и други форми на биологична терапия.

5 Антибиотична терапия – спрямо Грам (-) и анаеробна флора или към кандидоза и опортюнистична инфекция (след микробиологично уточняване).

6 Антидиарични средства

В случай на тежка активност и фулминантни форми, при усложнения, синдром на късото черво; при фистули съвместно със соматостатин - парентерално или ентерално сондово хранене или перорален прием на етерални храни или елементна /полуелементна диета; безглутенова диета.

Реанимационни мерки, кръвопреливане, корекция на метаболитни и други нарушения.

В някои случаи се провеждат и **терапевтични ендоскопски процедури или такива под ехографски контрол**: ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за промивка или локална инстилация; ендоскопска хемостаза;

ендоскопска деструкция на лезия или тъкан на черво, аспирация на течни колекции и абсцеси.

Показания за оперативно лечение:

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След тотален оглед (ендоскопски и рентгенологично) на дебелото черво за улцерозен колит и на ГИТ за болестта на Крон.

При невъзможност за извършване на колоноскопия – сигмоидоскопия с иригография.

Диагнозата може да бъде доказана и при предхождащо изследване и интраоперативно.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- липса на фебрилитет;
- подобряване на възпалителната компонента;
- значителна редукция на клиничните прояви: интоксикация; дефекации;
- корекция на патологично променените показатели, в т. ч. на изходната стойност на хемоглобина - над 70 г/л;

Повторна хоспитализация се допуска при поява на спешни индикации или за провеждане на противовъзпалително и инфузионно лечение с Anti TNF alpha.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

5. КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА отчет за лечение с anti – TNF@. Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или отделението до 1 година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК. Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона/ите.

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

**ОТЧЕТ ЗА ПРИЛОЖЕНИТЕ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПО КЛИНИЧНИ
ПЪТЕКИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ.**

КП №
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:

ЕГН:

ИЗ №:

ЛЕЧЕНИЕ с ANTI – TNF@ – фабричен № на флакона	
Индикации	Контраиндикации

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разрежено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 71 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ТЪНКОТО И ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО
КП № 71.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ТЪНКОТО И ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА
ВЪЗРАСТ**

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A18.3 Туберкулоза на червата, перитонеума и мезентериалните лимфни възли

Туберкулоза на:

- ануса и ректума† (K93.0*)
- червата (дебело)(тънко)† (K93.0*)
- ретроперитонеалните лимфни възли

Туберкулозен:

- асцит
- ентерит† (K93.0*)
- перитонит† (K67.3*)

Злокачествено новообразувание на тънките черва

C17.1 Иеюнум

C17.2 Илеум

Не включва: илео-цекална клапа (C18.0)

C17.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на тънките черва

Злокачествено новообразувание на дебелото черво (колон)

C18.0 Цекум

Илео-цекална клапа

C18.1 Апендикс

C18.2 Колон асценденс

C18.3 Флексура хепатика

C18.4 Колон трансверзум

C18.5 Флексура лиеналис

C18.6 Колон десценденс

C18.7 Колон сигмоидеум

Сигмоидална (флексура)

Не включва: ректосигмоидална област (C19)

C18.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на дебелото черво

C19 Злокачествено новообразувание на ректосигмоидалната област

Колон с ректум

Ректосигмоидална област (колон)

C20 Злокачествено новообразувание на правото черво (ректум)

Ампула ректи

Злокачествено новообразувание на ануса и аналния канал

C21.0 Анус, неуточнена локализация

Не включва: аналнен(-на):

- ръб (C43.5, C44.5)
 - кожа (C43.5, C44.5)
- перианална кожа (C43.5, C44.5)

C21.1 Анален канал

Сфинктер на ануса

C21.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ректума, ануса и аналния канал

Аноректална област

Анус с ректум

Злокачествено новообразувание на ректума, ануса и аналния канал, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C20—C21.2

Доброкачествено новообразувание на колона, ректума, ануса и аналния канал

D12.0 Цекум

Илеоцекална клапа

D12.1 Апендикс

D12.2 Възходяща част (асценденс) на колона

D12.3 Напречна част (трансверзум) на колона

Хепатална флексура

Лиенална флексура

D12.4 Низходяща част (десценденс) на колона

D12.5 Сигмоидална част на колона

D12.6 Колон, неуточнена част

Аденоматоза на колона

Дебело черво БДУ

Полипоза (наследствена) на колона

D12.7 Ректосигмоидална област

D12.8 Ректум

D12.9 Анус и анален канал

Не включва: анални:

- ръб (D22.5, D23.5)

- кожа (D22.5, D23.5)

перианална кожа (D22.5, D23.5)

D13.3 Други и неуточнени части на тънките черва

Амилоидоза

Не включва: болест на Alzheimer (G30.—)

E85.0 Наследствена фамилна амилоидоза без невропатия

Фамилна средиземноморска треска

Наследствена амилоидна нефропатия

E85.3 Вторична системна амилоидоза

Амилоидоза при хемодиализа

E85.4 Ограничена амилоидоза

Локализирана амилоидоза

E85.8 Други форми на амилоидоза

I88.0 Неспецифичен мезентериален лимфаденит

Мезентериален лимфаденит (остър) при деца

Други неинфекциозни гастроентерити и колити

K52.0 Радиационен гастроентерит и колит

K52.1 Токсичен гастроентерит и колит

K52.8 Други уточнени неинфекциозни гастроентерити и колити

Съдови болести на червата

Не включва: некротизиращ ентероколит на плода или новороденото (P77)

K55.1 Хронични съдови болести на червата

Хроничен исхемичен:

- колит

- ентерит

- ентероколит

Исхемична стриктура на червата

Мезентериална:

- атеросклероза

- съдова недостатъчност

K55.2 Ангиодисплазия на колона

K55.8 Други съдови болести на червата

Не включва: вродена стриктура или стеноза на червата (Q41—Q42)
ишемична стриктура на червата (K55.1)
мекониум илеус (E84.1)
непроходимост на червата при новородено, класифицирана в рубриката P76.—
непроходимост на дванадесетопръстника (K31.5)
следоперативна непроходимост на червата (K91.3)
стеноза на ануса или ректума (K62.4)
с херния (K40—K46)

Дивертикули на червата

Включва: дивертикулит
дивертикулоза
дивертикул } на (тънко)(дебело) черво

Не включва: вроден дивертикул на червата (Q43.8)
дивертикул на апендикса (K38.2)
дивертикул на Meckel (Q43.0)

K57.1 Дивертикули на тънкото черво без перфорация или абсцес

Дивертикули на тънкото черво БДУ

Не включва: дивертикули на тънкото и на дебелото черво, без перфорация или абсцес (K57.5)

K57.3 Дивертикули на дебелото черво без перфорация и абсцес

Дивертикули на колона БДУ

Не включва: дивертикули на тънкото и на дебелото черво без перфорация или абсцес (K57.5)

K57.5 Дивертикули на тънкото и на дебелото черво без перфорация или абсцес

Дивертикули на тънкото и на дебелото черво

Синдром на раздразненото черво

Включва: колон иритабиле

K58.0 Синдром на раздразненото черво с диария

K58.9 Синдром на раздразненото черво без диария

Синдром на раздразненото черво БДУ

Други болести на ануса и ректума

Включва: на аналния канал

Не включва: дисфункция след колостомия и ентеростомия (K91.4)
незадържане на фекалии (R15)
хемороиди (I84.—)
улцерозен проктит (K51.2)

K62.4 Стеноза на ануса и ректума

Стриктура на ануса (сфинктера)

K62.6 Язва на ануса и ректума

Язва:

- солитарна
- фекална

Не включва: фисура и фистула на ануса и ректума (K60.—)
при улцерозен колит (K51.—)

K62.8 Други уточнени болести на ануса и ректума

Други болести на червата

K63.2 Фистула на червата

Не включва: фистула (на):

- ануса и ректума (K60.—)
- апендикса (K38.3)
- дванадесетопръстника (K31.6)
- чревногенитална при жени (N82.2—N82.4)
- везикоинтестинална (N32.1)

K63.3 Язва на червата

Първична язва на тънкото черво

Не включва: язва (на):

- ануса или ректума (K62.6)
- дванадесетопръстника (K26.—)
- стомашночревна (K28.—)
- гастроеюнална (K28.—)
- йеюнална (K28.—)
- пептична, с неуточнена локализация (K27.—)
- улцерозен колит (K51—)

Нарушена резорбция в червата

Не включва: дължаща се на хирургична намеса върху стомашночревния тракт (K91.2)

K90.0 Цьолиакия

Глутинова ентеропатия

K90.2 Синдром на сляпата бримка, неклассифициран другаде

Синдром на сляпата бримка БДУ

Не включва: синдром на сляпата бримка:

- вроден (Q43.8)
- след хирургична намеса (K91.2)

K90.8 Други нарушения на резорбцията в червата

Болест на Whipple (M14.8*)

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, неклассифицирани другаде

Не включва: гастроеюнална язва (K28.—)

радиационен:

- колит (K52.0)
- гастроентерит (K52.0)
- проктит (K62.7)

K91.2 Нарушение на резорбцията след хирургична намеса, неклассифицирано другаде

Синдром на сляпата бримка след хирургична намеса

Не включва: нарушение на резорбцията:

- остеомалация при възрастни (M83.2)
- остеопороза след хирургични намеси (M81.3)

K91.4 Дисфункция след колостомия и ендеростомия

Увреждания на други храносмилателни органи при болести, класифицирани другаде

K93.0* Туберкулозно увреждане на червата, перитонеума и мезентериалните лимфни възли (A18.3†)

Не включва: туберкулозен перитонит (K67.3*)

Фистули със засягане на женските полови органи

Не включва: везикоинтестинална фистула (N32.1)

N82.2 Фистула между вагината и тънките черва

N82.3 Фистула между вагината и дебелия черва

Ректовагинална фистула

N82.4 Други фистули между черва и женски полови органи

Чревноматочна фистула

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Изследване на тънки черва

32095-00 Ендоскопско изследване на тънки черва през изкуствена стома

Включва: биопсия

Фиброоптична колоноскопия

32090-00	Колоноскопия през артифициална стома Фиброоптична колоноскопия до цекума Дълга колоноскопия <i>Включва:</i> оглед на илеума <i>Не включва:</i> такава с: • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
32084-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика Гъвкава сигмоидоскопия Къса колоноскопия <i>Не включва:</i> тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с: • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
Фиброоптична колоноскопия с ексцизия	
32090-01	Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии Дълга колоноскопия с биопсия
32084-01	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с биопсия Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени биопсии Флексибилна сигмоидоскопия } Къса колоноскопия } с биопсия
Други ексцизионни процедури на тънко черво	
30075-13	Биопсия на тънко черво
-чревен тракт	
58915-00	<i>Не включва:</i> безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977]) Контрастно изследване на тънки черва Серийно изследване на тънки черва <i>Включва:</i> предварителен общ план <i>Не включва:</i> такава на дуоденум (58909 [1975])
58921-00	Друга контрастна клизма <i>Включва:</i> изследване с въздушен контраст предварителен общ план
Рентгенография на корем или перитонеум	
58900-00	Рентгенография на корем <i>Включва:</i> жлъчен тракт долна гастроинтестинална област ретроперитонеум стомах <i>Не включва:</i> тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])
Компютърна томография на корем	
56401-00	<i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем

56549-01	Компютърна томография на дебело черво Компютърна томография на дебело черво, след частична колоноскопия Виртуална колоноскопия
56550-00	Компютърна томография - ентоерография
56550-01	Компютърна томография – ентоероклиза
56551-00	Компютърна томография - колоноскопия (колонография)
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00	Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55276-00	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
	<i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: <ul style="list-style-type: none"> • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-00	Магнитно резонансна томография – ентоерография
90913-01	Магнитно резонансна томография – ентоероклиза
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
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	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Деструктивни процедури на ректум или анус	
90312-00	Електрокоагулация на ректална тъкан Електрокоагулация на ректална лезия <i>Не включва:</i> такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])
Деструктивни процедури на ректум или анус	
30479-01	Ендоскопска лазерна терапия на ректум Ендоскопска лазер терапия за: <ul style="list-style-type: none"> • доброкачествени съдови лезии • неоплазма • стриктура
Процедури при хемороиди	
32132-00	Склеротерапия на хемороиди Инжектиране на хемороиди
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители
Приложение на фармакотерапия	
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: 	

- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт

	<ul style="list-style-type: none"> • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-00	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

Изискване:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове:

- Една диагностична процедура - 1932 „Изследвания на урината“, която включва задължително всички изследвания на урината;

- Втора диагностична процедура, която включва извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;

- Трета диагностична процедура - с код 11700-00 - ЕКГ;

- Четвърта диагностична процедура - с код 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;

- Пета - ендоскопска процедура или ендоскопски ултразвук (30668-00 или 55601-00) или рентгенологична процедура;

и една терапевтична процедура - 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 .

Процедура 91919-01 или 91919-11 задължително се отчита допълнително като шеста процедура, само при извършване на биопсия.

1. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография, доказваща наличието им. Рентгеновата снимка или електронният носител се прикрепват към ИЗ.

2. Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ задължително се посочва вида, дозата и курса на лечение на приложеното лекарство.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
6. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При необходимост от ендолюменна или ендоскопска ехография, специалистът трябва да притежава сертификат по интервенционална и ендоскопска ехография – трето ниво - само за отчитане на ендолюменна или ендоскопска ехография (55601-00/30668-00)

Не е задължително структурата по гастроентерология да има такъв специалист, за да сключи договор по тази КП.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

- усложнено заболяване на долния ГИТ, съпроводено с "алармиращи" симптоми и с едно или повече от следните отклонения: диселектролитемия, доказана чрез промени в серумния Na, K, Ca и Mg; повишен креатинин и урея, анемичен синдром или резултати от образни изследвания, насочващи към заболяване на долния ГИТ;
- заболявания на долния ГИТ и клинично и/или инструментално доказани заболявания, алергия, прием на медикаменти, непозволяващи провеждането на диагностично-лечебните дейности в амбулаторни условия;
- Лечение на средна и тежка степен на малнутриция при заболявания на долния ГИТ.

Диагностика и предоперативно стадиране на онкологично заболяване на долния гастроинтестинален тракт при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни, когато тази диагностика не може да бъде извършена в амбулаторни условия.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти, провеждащи амбулаторно лечение за заболяване на долния ГИТ, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи на спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. В случай на необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

При заболявания на червото се извършват следните основни диагностични процедури:

1. Клиничко – лабораторни изследвания:

1.1. Задължителни:

- хематология – ПКК, включваща хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ;
- клинично-химични - кръвна захар, креатинин;
- пълно изследване на урина.

1.2. Според съответните заболявания и показания:

- клинико-химични - общ белтък, албумин, урея, амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ; Na, K, Cl, АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.);

- хемокоагулационни изследвания - фибриноген, протромбиново време (индекс, INR); аПТТ (пТПВ/ККВ).

2. Абдоминална ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.

И при показания:

- доплерово изследване.

3. Ендоскопско изследване със или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология):

- долна ендоскопия – колоно-, сигмоидоскопия, ректоскопия;

- ендоскопски оглед на проксималния отдел на тънкото черво – ниска дуоденоскопия;

- ендоскопски оглед през стома.

При съмнение за злокачествен процес на дебелото черво или полип/аденом е задължително извършването на тотален оглед на червото - колоноскопия. При невъзможност – сигмоидоскопия в комбинация с иригография.

4. Хистологично изследване и /или цитологично изследване – стандартни и при показания допълнителни оцветявания и имунохистохимия.

- противопоказано при кървяща лезия; дивертикули;

- невъзможно – при изразени стриктури или анатомични особености, след хирургия.

5. Ендоуректална ехография – при налична апаратура и специалист със съответната квалификация.

6. Рентгеново изследване - по преценка.

- обзорна графия на корем;

- контрастната рентгенография на горния ГИТ: ентоероклизата, иригография; според съответното заболяване и показания – и на хранопровод, стомах, дуоденум.

Контрастното рентгеново изследване с приет контраст през устата не е информативно за дебелото черво.

7. Допълнителни изследвания - при показания:

- кръвна група;

- рентгенография на бял дроб и сърце;

- микробиологични и паразитологични изследвания (фецес, друг биологичен материал), имунологични и други изследвания;

- специфични функционални тестове (според съответното заболяване и показания).

Ако болен с онкологично заболяване подлежи на оперативно лечение, лъче- и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

При установени отклонения на лабораторни показатели и биоконстанти се извършват контролни изследвания - по преценка.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Ендоскопско лечение.

Ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за: декомпресия, промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции (ентерално хранене).

Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия.

В някои случаи се провеждат и **терапевтични процедури под ехографски контрол**.

2. Медикаментозното лечение - включва лечение на основното заболяване и/или корекция на жизнено важни функции, според препоръките за стандартизирано поведение на БНДГЕ (Българско научно дружество по гастроентерология).

Лечението се провежда с: кръвоспиращи, кортикостероиди, колхицин и др., противовъзпалителни средства; имуносупресори; месалазин; антибиотици, химиотерапевтици; ензимни препарати; лактулоза; спазмолитици; обезболяващи; лекарства, повлияващи моториката на червата, хепарин; електролитни и инфузионни р-ри; средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия и заместителна терапия при синдром на малабсорбция, соматостатин антисекретори – H2 блокери, инхибитори на протонната помпа (ИПП) и др. по индикации.

3. Показания за оперативно лечение.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след ендоскопско и/или хистологично изследване;
- след ендолуменна ехография;
- след рентгенологично, ендоскопско, хистологично или функционално изследване - при заболявания на проксималните отдели на тънкото черво;
- след контрастно рентгенологично изследване – при моторни нарушения, дивертикули на червото; при невъзможен ендоскопски достъп (преминаване през изразена стриктура или обструкция отвън, субмукозни промени, опасност от перфорация, лезия, разположена в недостигаема ендоскопски част на тънко черво, стриктура, променена анатомия от патологичен процес или постоперативно; фистула, пенетрация) и други;

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;
- документирано подобряване на жизненоважни параметри и лабораторни показатели, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой;
- доказване, стадиране и определяне на операбилността на тумор или насока към алтернативни ендоскопски или други процедури;
- овладян анемичен синдром.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказване на онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разрежено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 71 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ТЪНКОТО И ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО
КП № 71.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ТЪНКОТО И ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА
ВЪЗРАСТ**

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A18.3 Туберкулоза на червата, перитонеума и мезентериалните лимфни възли

Туберкулоза на:

- ануса и ректума† (K93.0*)
- червата (дебело)(тънко)† (K93.0*)
- ретроперитонеалните лимфни възли

Туберкулозен:

- асцит
- ентерит† (K93.0*)
- перитонит† (K67.3*)

Злокачествено новообразувание на тънките черва

C17.1 Иеюнум

C17.2 Илеум

Не включва: илео-цекална клапа (C18.0)

C17.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на тънките черва

Злокачествено новообразувание на дебелото черво (колон)

C18.0 Цекум

Илео-цекална клапа

C18.1 Апендикс

C18.2 Колон асценденс

C18.3 Флексура хепатика

C18.4 Колон трансверзум

C18.5 Флексура лиеналис

C18.6 Колон десценденс

C18.7 Колон сигмоидеум

Сигмоидална (флексура)

Не включва: ректосигмоидална област (C19)

C18.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на дебелото черво

C19 Злокачествено новообразувание на ректосигмоидалната област

Колон с ректум

Ректосигмоидална област (колон)

C20 Злокачествено новообразувание на правото черво (ректум)

Ампула ректи

Злокачествено новообразувание на ануса и аналния канал

C21.0 Анус, неуточнена локализация

Не включва: аналнен(-на):

- ръб (C43.5, C44.5)
- кожа (C43.5, C44.5)
- перианална кожа (C43.5, C44.5)

C21.1 Анален канал

Сфинктер на ануса

C21.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ректума, ануса и аналния канал

Аноректална област

Анус с ректум

Злокачествено новообразувание на ректума, ануса и аналния канал, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C20—C21.2

Доброкачествено новообразувание на колона, ректума, ануса и аналния канал

D12.0 Цекум

Илеоцекална клапа

D12.1 Апендикс

D12.2 Възходяща част (асценденс) на колона

D12.3 Напречна част (трансверзум) на колона

Хепатална флексура

Лиенална флексура

D12.4 Низходяща част (десценденс) на колона

D12.5 Сигмоидална част на колона

D12.6 Колон, неуточнена част

Аденоматоза на колона

Дебело черво БДУ

Полипоза (наследствена) на колона

D12.7 Ректосигмоидална област

D12.8 Ректум

D12.9 Анус и анален канал

Не включва: анални:

- ръб (D22.5, D23.5)

- кожа (D22.5, D23.5)

перианална кожа (D22.5, D23.5)

D13.3 Други и неуточнени части на тънките черва

Амилоидоза

Не включва: болест на Alzheimer (G30.—)

E85.0 Наследствена фамилна амилоидоза без невропатия

Фамилна средиземноморска треска

Наследствена амилоидна нефропатия

E85.3 Вторична системна амилоидоза

Амилоидоза при хемодиализа

E85.4 Ограничена амилоидоза

Локализирана амилоидоза

E85.8 Други форми на амилоидоза

I88.0 Неспецифичен мезентериален лимфаденит

Мезентериален лимфаденит (остър) при деца

Други неинфекциозни гастроентерити и колити

K52.0 Радиационен гастроентерит и колит

K52.1 Токсичен гастроентерит и колит

K52.2 Алергичен и алиментарен гастроентерит и колит

K52.8 Други уточнени неинфекциозни гастроентерити и колити

Съдови болести на червата

Не включва: некротизиращ ентероколит на плода или новороденото (P77)

K55.1 Хронични съдови болести на червата

Хроничен исхемичен:

- колит

- ентерит

- ентероколит

Исхемична стриктура на червата

Мезентериална:

- атеросклероза

- съдова недостатъчност

K55.2 Ангиодисплазия на колона

K55.8 Други съдови болести на червата

Не включва: вродена стриктура или стеноза на червата (Q41—Q42)
ишемична стриктура на червата (K55.1)
мекониум илеус (E84.1)
непроходимост на червата при новородено, класифицирана в рубриката P76.—
непроходимост на дванадесетопръстника (K31.5)
следоперативна непроходимост на червата (K91.3)
стеноза на ануса или ректума (K62.4)
с херния (K40—K46)

Дивертикули на червата

Включва: дивертикулит
дивертикулоза
дивертикул } на (тънко)(дебело) черво

Не включва: вроден дивертикул на червата (Q43.8)
дивертикул на апендикса (K38.2)
дивертикул на Meckel (Q43.0)

K57.1 Дивертикули на тънкото черво без перфорация или абсцес

Дивертикули на тънкото черво БДУ

Не включва: дивертикули на тънкото и на дебелото черво, без перфорация или абсцес (K57.5)

K57.3 Дивертикули на дебелото черво без перфорация и абсцес

Дивертикули на колона БДУ

Не включва: дивертикули на тънкото и на дебелото черво без перфорация или абсцес (K57.5)

K57.5 Дивертикули на тънкото и на дебелото черво без перфорация или абсцес

Дивертикули на тънкото и на дебелото черво

Синдром на раздразненото черво

Включва: колон иритабиле

K58.0 Синдром на раздразненото черво с диария**K58.9 Синдром на раздразненото черво без диария**

Синдром на раздразненото черво БДУ

Други болести на ануса и ректума

Включва: на аналния канал

Не включва: дисфункция след колостомия и ентеростомия (K91.4)
незадържане на фекалии (R15)
хемороиди (I84.—)
улцерозен проктит (K51.2)

K62.4 Стеноза на ануса и ректума

Стриктура на ануса (сфинктера)

K62.6 Язва на ануса и ректума

Язва:

- солитарна
- фекална

Не включва: фисура и фистула на ануса и ректума (K60.—)
при улцерозен колит (K51.—)

K62.8 Други уточнени болести на ануса и ректума**Други болести на червата****K63.2 Фистула на червата**

Не включва: фистула (на):
• ануса и ректума (K60.—)
• апендикса (K38.3)
• дванадесетопръстника (K31.6)
• чревногенитална при жени (N82.2—N82.4)
• везикоинтестинална (N32.1)

K63.3 Язва на червата

Първична язва на тънкото черво

Не включва: язва (на):

- ануса или ректума (K62.6)
- дванадесетопръстника (K26.—)
- стомашночревна (K28.—)
- гастрейюнална (K28.—)
- йеюнална (K28.—)
- пептична, с неуточнена локализация (K27.—)
- улцерозен колит (K51—)

Нарушена резорбция в червата

Не включва: дължаща се на хирургична намеса върху стомашночревния тракт (K91.2)

K90.0 Цьолиакия

Глутинова ентеропатия

K90.2 Синдром на сляпата бримка, неклассифициран другаде

Синдром на сляпата бримка БДУ

Не включва: синдром на сляпата бримка:

- вроден (Q43.8)
- след хирургична намеса (K91.2)

K90.8 Други нарушения на резорбцията в червата

Болест на Whipple (M14.8*)

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, неклассифицирани другаде

Не включва: гастрейюнална язва (K28.—)

радиационен:

- колит (K52.0)
- гастроентерит (K52.0)
- проктит (K62.7)

K91.2 Нарушение на резорбцията след хирургична намеса, неклассифицирано другаде

Синдром на сляпата бримка след хирургична намеса

Не включва: нарушение на резорбцията:

- остеомалация при възрастни (M83.2)
- остеопороза след хирургични намеси (M81.3)

K91.4 Дисфункция след колостомия и ендеростомия

Увреждания на други храносмилателни органи при болести, класифицирани другаде

K93.0* Туберкулозно увреждане на червата, перитонеума и мезентериалните лимфни възли (A18.3†)

Не включва: туберкулозен перитонит (K67.3*)

Фистули със засягане на женските полови органи

Не включва: везикоинтестинална фистула (N32.1)

N82.2 Фистула между вагината и тънките черва

N82.3 Фистула между вагината и дебелия черва

Ректовагинална фистула

N82.4 Други фистули между черва и женски полови органи

Чревноматочна фистула

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Изследване на тънки черва

32095-00 Ендоскопско изследване на тънки черва през изкуствена стома

Включва: биопсия

Фиброоптична колоноскопия

- 32090-00 Колоноскопия през артифициална стома
Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума
Не включва: такава с:
• биопсия (32084-01 [911])
• полипектомия (32087-00 [911])
- 32084-00 **Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика**
Гъвкава сигмоидоскопия
Къса колоноскопия
Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911])
такава с:
• биопсия (32084-01 [911])
• полипектомия (32087-00 [911])

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

- 32090-01 **Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия**
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия
- 32084-01 **Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с биопсия**
Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени биопсии
Флексибилна сигмоидоскопия }
Къса колоноскопия } с биопсия

Други ексцизионни процедури на тънко черво

- 30075-13 Биопсия на тънко черво

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

- 58915-00 **Контрастно изследване на тънки черва**
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])
- 58921-00 **Друга контрастна клизма**
Включва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Рентгенография на корем или перитонеум

- 58900-00 **Рентгенография на корем**
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах
Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Компютърна томография на корем

- Включва:* регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])

	<ul style="list-style-type: none"> • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
56549-01	Компютърна томография на дебело черво Компютърна томография на дебело черво, след частична колоноскопия Виртуална колоноскопия
56550-00	Компютърна томография - ентерография
56550-01	Компютърна томография – ентероклиза
56551-00	Компютърна томография - колоноскопия (колонография)
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00	Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
	<i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: <ul style="list-style-type: none"> • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-00	Магнитно резонансна томография – ентерография
90913-01	Магнитно резонансна томография – ентероклиза
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
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	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Деструктивни процедури на ректум или анус	
90312-00	Електрокоагулация на ректална тъкан Електрокоагулация на ректална лезия <i>Не включва:</i> такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])
Деструктивни процедури на ректум или анус	
30479-01	Ендоскопска лазерна терапия на ректум Ендоскопска лазер терапия за: <ul style="list-style-type: none"> • доброкачествени съдови лезии • неоплазма • стриктура
Процедури при хемороиди	
32132-00	Склеротерапия на хемороиди Инжектиране на хемороиди
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

- 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
 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])
- 96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
- 96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
- 96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
 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])
- 96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
- 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване:

При лица до 18 годишна възраст клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три диагностични процедури и една терапевтична процедура.

1. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография, доказваща наличието им.

2. Диагноза с код **K 52.2** „Алергичен и алиментарен гастроентерит и колит” може да се отчита само при лица до 2 години.

3. Основна процедура 92191-00 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на всички инфекциозни причинители. 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. Процедура с код 91919-01 или 91919-11 задължително се отчита допълнително, само при извършване на биопсия със задължително хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се прикрепва към ИЗ и се вписва в епикризата.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски

протокол, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Основна процедура 92191-00 и 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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на в обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", както и от обхвата на медицинската специалност Детска хирургия. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория
3. Структура по Образна диагностика

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или

- лекар със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

- усложнено заболяване на долния ГИТ, съпроводено с "алармиращи" симптоми и с едно или повече от следните отклонения: диселектролитемия, доказана чрез промени в серумния Na, K, Ca и Mg; повишен креатинин и урея, анемичен синдром или резултати от образни изследвания, насочващи към заболяване на долния ГИТ;

- заболявания на долния ГИТ и клинично и/или инструментално доказани заболявания, алергия, прием на медикаменти, непозволяващи провеждането на диагностично-лечебните дейности в амбулаторни условия;

- заболявания на долния ГИТ в детската възраст;

Лечение на средна и тежка степен на малнутриция при заболявания на долния ГИТ.

Диагностика и предоперативно стадиране на онкологично заболяване на долния гастроинтестинален тракт при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни, когато тази диагностика не може да бъде извършена в амбулаторни условия.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти, провеждащи амбулаторно лечение за заболяване на долния ГИТ, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи на спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. В случай на необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

При заболявания на червото се извършват следните основни диагностични процедури:

1. Клиничко – лабораторни изследвания:

1.1. Задължителни:

- хематология – ПКК, включваща хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ;

- клинично-химични - кръвна захар, креатинин;

- пълно изследване на урина.

1.2. Според съответните заболявания и показания:

- клинико-химични - общ белтък, албумин, урея, амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ; Na, K, Cl, АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.);

- хемокоагулационни изследвания - фибриноген, протромбиново време (индекс, INR); аПТТ (пТПВ/ККВ).

2. Абдоминална ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.

И при показания:

- доплерово изследване.

3. Ендоскопско изследване със или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология):

- долна ендоскопия – колоно-, сигмоидоскопия, ректоскопия;

- ендоскопски оглед на проксималния отдел на тънкото черво – ниска дуоденоскопия;

- ендоскопски оглед през стома.

При съмнение за злокачествен процес на дебелото черво или полип/аденом е задължително извършването на тотален оглед на червото - колоноскопия. При невъзможност – сигмоидоскопия в комбинация с иригография.

4. Хистологично изследване и /или цитологично изследване – стандартни и при показания допълнителни оцветявания и имунохистохимия.

- противопоказано при кървяща лезия; дивертикули;

- невъзможно – при изразени стриктури или анатомични особености, след хирургия.

5. Ендо ректална ехография – при налична апаратура и специалист със съответната квалификация.

6. Рентгеново изследване - по преценка.

- обзорна графия на корем;

- контрастната рентгенография на горния ГИТ: ентроклиз, иригография; според съответното заболяване и показания – и на хранопровод, стомах, дуоденум.

Контрастното рентгеново изследване с приет контраст през устата не е информативно за дебелото черво.

7. Допълнителни изследвания - при показания:

- кръвна група;

- рентгенография на бял дроб и сърце;

- микробиологични и паразитологични изследвания (фецес, друг биологичен материал), имунологични и други изследвания;

- специфични функционални тестове (според съответното заболяване и показания).

Ако болен с онкологично заболяване подлежи на оперативно лечение, лъче- и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

При установени отклонения на лабораторни показатели и биоконстанти се извършват контролни изследвания - по преценка.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Ендоскопско лечение.

Ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за: декомпресия, промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции (ентерално хранене).

Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия.

В някои случаи се провеждат и **терапевтични процедури под ехографски контрол.**

2. Медикаментозното лечение - включва лечение на основното заболяване и/или корекция на жизнено важни функции, според препоръките за стандартизирано поведение на БНДГЕ (Българско научно дружество по гастроентерология).

Лечението се провежда с: кръвоспиращи, кортикостероиди, колхицин и др.,

противовъзпалителни средства; имуносупресори; месалазин; антибиотици, химиотерапевтици; ензимни препарати; лактулоза; спазмолитици; обезболяващи; лекарства, повлияващи моториката на червата, хепарин; електролитни и инфузионни р-ри; средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия и заместителна терапия при синдром на малабсорбция, соматостатин антисекретори – H2 блокери, инхибитори на протонната помпа (ИПП) и др. по индикации.

3. Показания за оперативно лечение.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след ендоскопско и/или хистологично изследване;
- след ендолуменна ехография;
- след рентгенологично, ендоскопско, хистологично или функционално изследване - при заболявания на проксималните отдели на тънкото черво;
- след контрастно рентгенологично изследване – при моторни нарушения, дивертикули на червото; при невъзможен ендоскопски достъп (преминаване през изразена стриктура или обструкция отвън, субмукозни промени, опасност от перфорация, лезия, разположена в недостигаема ендоскопски част на тънко черво, стриктура, променена анатомия от патологичен процес или постоперативно; фистула, пенетрация) и други;

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;
- документирано подобряване на жизненоважни параметри и лабораторни показатели, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой;
- доказване, стадиране и определяне на операбилността на тумор или насока към алтернативни ендоскопски или други процедури;
- овладян анемичен синдром.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказване на онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разрежено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 72 ЕНДОСКОПСКО И МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ
ОСТРО КЪРВЕНЕ ОТ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ
КП № 72.1 ЕНДОСКОПСКО И МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ
ОСТРО КЪРВЕНЕ ОТ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ ЗА
ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ**

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
30473-03	Езофагоскопия Гъвкава езофагоскопия <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (30473-04 [861]) • изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])
Панендоскопия	
30473-00	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Гастроинтестинална камера капсула } Панендоскопия до дуоденума Дуоденоскопия Гастроскопия
30473-02	Езофагогастродуоденоскопия [EGD] Панендоскопия през изкуствена стома Гастроскопия през изкуствена стома Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома <i>Не включва:</i> дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891]) ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])
30473-05	Панендоскопия до илеума Илеоскопия Йеюноскопия
Фиброоптична колоноскопия	
32090-00	Колоноскопия през артифициална стома Фиброоптична колоноскопия до цекума Дълга колоноскопия <i>Включва:</i> оглед на илеума <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
32084-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика Гъвкава сигмоидоскопия Къса колоноскопия <i>Не включва:</i> тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
Панендоскопия с ексцизия	
	<div> Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } </div>

30473-01	<p><i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия</p>
Фиброоптична колоноскопия с ексцизия	
32090-01	<p>Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия</p> <p>Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии</p> <p>Дълга колоноскопия с биопсия</p>
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	<p>Рентгенография на гръден кош</p> <p><i>Включва:</i> бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум</p> <p><i>Не включва:</i> такава на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
Рентгенография на стомашно-чревен тракт	
58909-00	<p><i>Не включва:</i> безконтрастна радиогрaфия на корем (58900-00 [1977])</p> <p>Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум</p> <p>Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум</p> <p><i>Включва:</i> предварителен общ план</p> <p><i>Не включва:</i> контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])</p>
58915-00	<p>Контрастно изследване на тънки черва</p> <p>Серийно изследване на тънки черва</p> <p><i>Включва:</i> предварителен общ план</p> <p><i>Не включва:</i> такава на дуоденум (58909 [1975])</p>
58921-00	<p>Друга контрастна клизма</p> <p><i>Включва:</i> изследване с въздушен контраст предварителен общ план</p>
Друг ултразвук	
30668-00	<p>Ендоскопски ултразвук</p> <p>Ултразвук, съвместно с ендоскопия</p>
55601-00	Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	<p>Ултразвук на корем</p> <p><i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</p>
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
	<p><i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ</p> <p><i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])</p>
55276-00	<p>Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени</p> <p><i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</p>
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:

- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инфериор

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

- 91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на рН на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-17 Изследване за нитрити в урината

Друга електрокардиография [ЕКГ]

- 11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

1923 Хематологични изследвания

- 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

- 13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Морфологични изследвания

- 91919-01 Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11 Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ендоскопско приложение на агент в лезия на хранопровод

Инжектиране на склерозиращ агент

Включва: варици:

- езофагални
- езофаго гастрален преход

30478-06	Ендоскопско приложение на агент в кървяща лезия в хранопровода
30478-09	Ендоскопско приложение на агент в кървяща лезия в областта на хранопроводно-стомашния преход
Деструктивни процедури на хранопровода	
30476-02	Ендоскопско лигиране варици на хранопровод Ендоскопско лигиране варици на езофагогастрален сегмент
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах	
30478-07	Ендоскопско приложение на агент в лезия на стомах или дванадесетопръстник Инжекция на склерозиращ агент <i>Включва:</i> дуоденални варици стомашни варици <i>Не включва:</i> лезия(и) на езофаго-гастрален преход (30478-09 [851])
Други възстановителни процедури на стомах	
90296-00	Ендоскопски контрол на пептична язва или кървене Ендоскопско: • клипсиране на язва (дуоденална) (стомашна) или кървене • възстановяване на Mallory-Weiss лацерации
Панендоскопия с деструкция	
	<div> <div> Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] </div> <div> } } } </div> <div>с деструкция</div> </div>
	<i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия
30478-01	Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02	Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03	Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация
30478-20	Панендоскопия до дуоденома с друга коагулация Аргон плазма коагулация
Деструктивни процедури на дебело черво	
90308-00	Ендоскопска деструкция на лезия на дебело черво Ендоскопска: • аблация на тумор на дебело черво • Аргон-плазма коагулация • контрол на дебелочревно кървене • деструкция на дебелочревни тъкани <i>Не включва:</i> с лазер (30479-02 [908])
Деструктивни процедури на ректум или анус	
90312-00	Електрокоагулация на ректална тъкан Електрокоагулация на ректална лезия <i>Не включва:</i> такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])
Други терапевтични интервенции на храносмилателна система	
13506-00	Гастро-езофагеална балонна тампонада Езофагеална тампонада <i>Включва:</i> такава чрез: • Minnesota балон • Sengstaken-Blakemore сонда (балон) <i>Забележка:</i> Изпълнена за контрол на кървене от гастро-езофагеални варици
Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система	
92065-00	Ректална тампонада
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на:

	<ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
92061-00	<p>Приложение на кръвосъсирващи фактори</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	<p>Приложение на друг серум</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	<p>Приложение на кръвен експандер</p> <p>Разреждане на кръвта</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители
92064-00	<p>Приложение на друг кръвен продукт</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

При тежки кръвоизливи или шок (R57.1) - три основни диагностични процедури:

- Една диагностична процедура - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“;

- Втора диагностична процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;

- Трета - електрокардиограма 11700-00;

- три основни терапевтични, от които едната задължително е 13706-02 или 92063-00.

- при пациенти с анурия не се изисква задължително процедура чиито кодове, са посочени в блок „Изследвания на урината“;

В останалите случаи – четири основни диагностични процедури:

- Една диагностична процедура - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“;

- Втора диагностична процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;

- Трета - електрокардиограма 11700-00;

- Четвърта - ендоскопска процедура, и две терапевтични процедури, от които едната е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

При взимане на биопсия задължително се отчита допълнително и 91919-01 или 91919-11 като пета процедура.

1. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има

рентгенография, доказваща наличието им. Рентгеновата снимка или електронният носител се прикрепват към ИЗ.

2. Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология", от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия",.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии
6. Анестезиологичен екип

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Сет за лигиране еднократен	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла ендоскопска еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Клипси за ендоскопска хемостаза	НЗОК не заплаща посоченото изделие

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;

или

лекари със специалност по хирургия – минимум двама;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика.
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в ЛЗ лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Конвенционална ехография – първо ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на остър кръвоизлив от ГИТ с прояви на:

- хематемеза;
- мелена;
- хематохезия/ректорагия.

Индикация за спешна хоспитализация в хирургично отделение/клиника или ОАИЛ/КАИЛ:

Остър кръвоизлив от ГИТ при хемодинамично нестабилен пациент:

- реанимационни мероприятия (ресусцитация);
- провеждане на медикаментозно лечение с цел овладяване на кървенето;
- ендоскопия с диагностична и терапевтична цел след хемодинамично стабилизиране (ако състоянието на болния позволява);
- оперативно лечение, ако е необходимо.

Лечението се води съвместно от хирург, реаниматор и гастроентеролог/интернист (владеещ методите на горна ендоскопия).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия час от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час. от постъпването. В случаи на спешност ендоскопия се извършва до 24-72 часа от постъпването или по-късно при наличие на хемодинамична нестабилност. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

1. Първоначална оценка: извършва се от лекарите от БМП и екипите от спешните терапевтични и хирургични звена, както и от всеки лекар.

Анамнеза и физикално изследване, ректално туширане.

- Хематемеза, мелена, хематохезия, остро кървене от долния ГИТ.

2. Клинично-лабораторни изследвания. Най-важното спешно изследване – хематокрит! На второ място хемоглобин.

По преценка:

- хематология пълно изследване: Hb, Hct, Ery, Leu, Thr – възможно без динамика до 24-72 ч;
- електролити, АКР, кръвна захар;

- бъбречна функция - урея /креатинин, пълно изследване на урина.
- коагулация – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), аПТТ, други.
- чернодробна функция – ОБ/албумин, билирубин, протромбиново време (индекс, INR),

- други – по индикации

3. Абдоминална ехография; при необходимост КАТ или МРТ.

При показания: доплерово изследване.

4. Инструментални изследвания при кървене от горния ГИТ:

Спешна езофаго-, гастродуоденоскопия (ФГС):

При кръвоизливи, преценени като леки и средно тежки, се извършва успоредно с реанимационните процедури, а при тежки кръвоизливи и шокови състояния - след стабилизиране на хемодинамиката и овладяване на шока.

Инструментални изследвания при кървене от черво:

Първа стъпка:

- обзорна рентгенография – при преценка.
- сигмоидоскопия /ректоскопия или колоноскопия (трудна при тежко кървене – кръв и съсиреци);

Втора стъпка: горна ГИ ендоскопия – да се изключи източник на кървене от горния ГИТ.

ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО

I. Консервативно лечение на остър кръвоизлив.

Общите терапевтични и реанимационни мероприятия започват преди постъпването в болничното заведение и продължават след хоспитализацията.

По-долу са дадени примерни схеми на лечение, които не са задължителни:

Общи мерки и борба с хиповолемията:

- кислород през назален катетър, аспирация - поддържане на проходими дихателни пътища;
- интравенозни инфузии на водно-солеви, глюкозни разтвори;
- кръвопреливане, еритроцитна маса, плазма, албумин, кръвозаместители, фактори на съсирване и др.;
- при показания - средства, подпомагащи процеса на кръвосъсирване;
- антибиотик – преди и/или след ендоскопско лечение.

Кръвоспираща терапия

1. Антисекретори: H2 блокери и ИПП i.v.
2. Намаляване на налягането в порталната система.
Вазоконстриктивни лекарства.
Вазоактивни лекарства.

II. Ендоскопско лечение на остър кръвоизлив - ендоскопска хемостаза, обикновено е продължение на диагностичната ендоскопия.

При неварикозно кървене:

- инжекционна терапия: разтвор на Adrenalin 1:10000 във физиологичен разтвор, абсолютен алкохол или Aethoxysclerol, или други;
- термална терапия: електрокоагулация, аргон-плазмена коагулация, лазерна коагулация.

Втори метод на избор – механична терапия с хемостатични клипсове;

- връзково лигиране (хемороиди, рядко при други).

При неуспех:

Артериално кървене (Forrest Ia) – оперативно лечение.

Рецидив в рамките на 24-72 часа или по-късно – нова ендоскопска хемостаза:

- при успех – наблюдение и консервативно лечение;
- при неуспех – оперативно лечение.

Ако кръвоизливът е резултат на остър ерозивен хеморагичен гастрит, установен ендоскопски и кръвенето не се овладява след реанимационните процедури, се преминава към хирургично лечение.

При варикозно кървене:

Препоръчва се ендоскопските лечебни процедури да се извършват на фона на непрекъснатата инфузия с вазоконстриктивни и вазоактивни препарати.

Ендоскопско връзково лигиране (ЕВЛ) или склеротерапия (СТ) при кръвоизлив от варици на хранопровода или гастроезофагеални варици:

- ЕВЛ – средство на първи избор.

Ендоскопско инжектиране на тъканни лепила (суапоасcrylate или тромбин) - при масивен кръвоизлив от гастроезофагеални и особено изолирани стомашни варици във фундуса:

- поставяне на метални клипси.

При постигане на хемостаза – наблюдение и консервативно лечение.

При неуспех (кървенето продължава или рецидивира):

- препоръчва се втори ендоскопски опит в рамките на 24-48ч на фона на медикаментозна терапия;

- при неуспех от повторна ендоскопска хемостаза - балонна тампонада и медикаментозно лечение;

- при неуспех от балонната тампонада обсъждане за хирургично лечение при очаквана добра прогноза (Child A, B).

Балонната тампонада е алтернатива на ендоскопската хемостаза.

Лечение на кървене от долния ГИТ:

- общи реанимационни мерки;

- кръвоспиращи средства;

- лечение на основно заболяване;

- ендоскопското лечение включва всички гореизброени процедури, вкл. при кървящи хемороиди.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След ендоскопско изследване при хемодинамично стабилен болен и възможно откриване на източник на кървене.

По клинични данни – при хемодинамични отклонения и шок; противопоказание за извършване на ендоскопско изследване или при ендоскопски установена кръв в ГИТ, без видимо кървящ съд (източник на кървене).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- при клинични и лабораторни данни за овладян кръвоизлив, без хематемеза и мелена, корекция на хемоглобина над 70 г/л;
- стабилизиране и корекция на хемодинамиката и отклоненията на жизнени параметри спрямо стойностите при хоспитализацията.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказване на онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разрежено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 72 ЕНДОСКОПСКО И МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ
ОСТРО КЪРВЕНЕ ОТ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ
КП № 72.2 ЕНДОСКОПСКО И МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ
ОСТРО КЪРВЕНЕ ОТ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ ЗА
ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ
Минимален болничен престой - 3 дни**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Езофагоскопия	
30473-03	Езофагоскопия Гъвкава езофагоскопия <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (30473-04 [861]) • изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])
Панендоскопия	
30473-00	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Гастроинтестинална камера капсула } Панендоскопия до дуоденума Дуоденоскопия Гастроскопия
30473-02	Езофагогастродуоденоскопия [EGD] Панендоскопия през изкуствена стома Гастроскопия през изкуствена стома Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома <i>Не включва:</i> дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891]) ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])
30473-05	Панендоскопия до илеума Илеоскопия Йеюноскопия
Фиброоптична колоноскопия	
32090-00	Колоноскопия през артифициална стома Фиброоптична колоноскопия до цекума Дълга колоноскопия <i>Включва:</i> оглед на илеума <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
32084-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика Гъвкава сигмоидоскопия Къса колоноскопия <i>Не включва:</i> тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
Панендоскопия с ексцизия	
	Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }

30473-01	<p><i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия</p>
Фиброоптична колоноскопия с ексцизия	
32090-01	<p>Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия</p> <p>Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии</p> <p>Дълга колоноскопия с биопсия</p>
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	<p>Рентгенография на гръден кош</p> <p><i>Включва:</i> бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум</p> <p><i>Не включва:</i> такава на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
Рентгенография на стомашно-чревен тракт	
58909-00	<p><i>Не включва:</i> безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])</p> <p>Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум</p> <p>Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум</p> <p><i>Включва:</i> предварителен общ план</p> <p><i>Не включва:</i> контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])</p>
58915-00	<p>Контрастно изследване на тънки черва</p> <p>Серийно изследване на тънки черва</p> <p><i>Включва:</i> предварителен общ план</p> <p><i>Не включва:</i> такава на дуоденум (58909 [1975])</p>
58921-00	<p>Друга контрастна клизма</p> <p><i>Включва:</i> изследване с въздушен контраст предварителен общ план</p>
Друг ултразвук	
30668-00	<p>Ендоскопски ултразвук</p> <p>Ултразвук, съвместно с ендоскопия</p>
55601-00	Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	<p>Ултразвук на корем</p> <p><i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</p>
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55276-00	<p><i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ</p> <p><i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])</p> <p>Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени</p> <p><i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</p>
55278-00	<p>Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове</p> <p><i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на:</p>

- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инфериор

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
----------	--

1923 Хематологични изследвания

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-38	Клинично-химични изследвания за хлориди

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
----------	---

Морфологични изследвания

91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ендоскопско приложение на агент в лезия на хранопровод

Инжектиране на склерозиращ агент
Включва: варици:
 • езофасални

	• езофаго гастрален преход
30478-06	Ендоскопско приложение на агент в кървяща лезия в хранопровода
30478-09	Ендоскопско приложение на агент в кървяща лезия в областта на хранопроводно-стомашния преход
Деструктивни процедури на хранопровода	
30476-02	Ендоскопско лигиране варици на хранопровод Ендоскопско лигиране варици на езофагогастрален сегмент
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах	
30478-07	Ендоскопско приложение на агент в лезия на стомах или дванадесетопръстник Инжекция на склерозиращ агент <i>Включва:</i> дуоденални варици стомашни варици <i>Не включва:</i> лезия(и) на езофаго-гастрален преход (30478-09 [851])
Други възстановителни процедури на стомах	
90296-00	Ендоскопски контрол на пептична язва или кървене Ендоскопско: • клипсирание на язва (дуоденална) (стомашна) или кървене • възстановяване на Mallory-Weiss лацерации
Панендоскопия с деструкция	
	Дуоденоскопия } Гастроскопия } с деструкция Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } <i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия
30478-01	Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02	Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03	Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация
30478-20	Панендоскопия до дуоденома с друга коагулация Аргон плазма коагулация
Деструктивни процедури на дебело черво	
90308-00	Ендоскопска деструкция на лезия на дебело черво Ендоскопска: • аблация на тумор на дебело черво • Аргон-плазма коагулация • контрол на дебелочревно кървене • деструкция на дебелочревни тъкани <i>Не включва:</i> с лазер (30479-02 [908])
Деструктивни процедури на ректум или анус	
90312-00	Електрокоагулация на ректална тъкан Електрокоагулация на ректална лезия <i>Не включва:</i> такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])
Други терапевтични интервенции на храносмилателна система	
13506-00	Гастро-езофагеална балонна тампонада Езофагеална тампонада <i>Включва:</i> такава чрез: • Minnesota балон • Sengstaken-Blakemore сонда (балон) <i>Забележка:</i> Изпълнена за контрол на кървене от гастро-езофагеални варици
Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система	
92065-00	Ректална тампонада
Прилагане на кръв и кръвни продукти	

13706-02	<p>Приложение на опаковани клетки</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
92061-00	<p>Приложение на кръвосъсирващи фактори</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	<p>Приложение на друг серум</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	<p>Приложение на кръвен експандер</p> <p>Разреждане на кръвта</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители
92064-00	<p>Приложение на друг кръвен продукт</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>

	Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

- При тежки кръвоизливи или шок (R57.1) - три основни диагностични процедури:
- Една диагностична процедура - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“;
 - Втора диагностична процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
 - Трета - електрокардиограма 11700-00;
 - три основни терапевтични, от които едната задължително е 13706-02 или 92063-00.
 - при пациенти с анурия не се изисква задължително процедура чиито кодове, са посочени в блок „Изследвания на урината“;

- В останалите случаи – четири основни диагностични процедури:
- Една диагностична процедура - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“;
 - Втора диагностична процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
 - Трета - електрокардиограма 11700-00;
 - Четвърта - ендоскопска процедура, и две терапевтични процедури, от които едната е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

При взимане на биопсия задължително се отчита допълнително и 91919-01 или 91919-11 като пета процедура.

1. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография, доказваща наличието им. Рентгеновата снимка или електронният носител се прикрепват към ИЗ.

2. Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и *96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Клинична лаборатория
3. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
4. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии
5. Анестезиологичен екип

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Структура по Образна диагностика

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Сет за лигиране еднократен	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла ендоскопска еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Клипси за ендоскопска хемостаза	НЗОК не заплаща посоченото изделие

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или

- лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в ЛЗ лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Конвенционална ехография – първо ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на остър кръвоизлив от ГИТ с прояви на:

- хематемеза;
- мелена;
- хематохезия/ректорагия.

Индикация за спешна хоспитализация в хирургично отделение/клиника или ОАИЛ/КАИЛ:

Остър кръвоизлив от ГИТ при хемодинамично нестабилен пациент:

- реанимационни мероприятия (ресусцитация);
- провеждане на медикаментозно лечение с цел овладяване на кървенето;
- ендоскопия с диагностична и терапевтична цел след хемодинамично стабилизиране (ако състоянието на болния позволява);
- оперативно лечение, ако е необходимо.

Лечението се води съвместно от хирург, реаниматор и гастроентеролог/интернист (владеещ методите на горна ендоскопия).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия час от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час. от постъпването. В случаи на спешност ендоскопия се извършва до 24-72 часа от постъпването или по-късно при наличие на хемодинамична нестабилност. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

1. Първоначална оценка: извършва се от лекарите от БМП и екипите от спешните терапевтични и хирургични звена, както и от всеки лекар.

Анамнеза и физикално изследване, ректално туширане.

- Хематемеза, мелена, хематохезия, остро кървене от долния ГИТ.

2. Клинико-лабораторни изследвания. Най-важното спешно изследване – хематокрит! На второ място хемоглобин.

По преценка:

- хематология пълно изследване: Hb, Hct, Eг, Leu, Thr – възможно без динамика до 24-72 ч;

- електролити, АКР, кръвна захар;

- бъбречна функция - урея /креатинин, пълно изследване на урина.

- коагулация – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), аПТТ, други.

- чернодробна функция – ОБ/албумин, билирубин, протромбиново време (индекс, INR),

- други – по индикации

3. Абдоминална ехография; при необходимост КАТ или МРТ.

При показания: доплерово изследване.

4. Инструментални изследвания при кървене от горния ГИТ:

Спешна езофаго-, гастродуоденоскопия (ФГС):

При кръвоизливи, преценени като леки и средно тежки, се извършва успоредно с реанимационните процедури, а при тежки кръвоизливи и шокови състояния - след стабилизиране на хемодинамиката и овладяване на шока.

Инструментални изследвания при кървене от черво:

Първа стъпка:

- обзорна рентгенография – при преценка.

- сигмоидоскопия /ректоскопия или колоноскопия (трудна при тежко кървене – кръв и съсиреци);

Втора стъпка: горна ГИ ендоскопия – да се изключи източник на кървене от горния ГИТ.

ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО

I. Консервативно лечение на остър кръвоизлив.

Общите терапевтични и реанимационни мероприятия започват преди постъпването в болничното заведение и продължават след хоспитализацията.

По-долу са дадени примерни схеми на лечение, които не са задължителни:

Общи мерки и борба с хиповолемията:

- кислород през назален катетър, аспирация - поддържане на проходими дихателни пътища;

- интравенозни инфузии на водно-солеви, глюкозни разтвори;

- кръвопреливане, еритроцитна маса, плазма, албумин, кръвозаместители, фактори на съсирване и др.;

- при показания - средства, подпомагащи процеса на кръвосъсирване;

- антибиотик – преди и/или след ендоскопско лечение.

Кръвоспираща терапия

1. Антисекретори: H2 блокери и ИПП i.v.

2. Намаляване на налягането в порталната система.

Вазоконстриктивни лекарства.

Вазоактивни лекарства.

II. Ендоскопско лечение на остър кръвоизлив - ендоскопска хемостаза, обикновено е продължение на диагностичната ендоскопия.

При неварикозно кървене:

- инжекционна терапия: разтвор на Adrenalin 1:10000 във физиологичен разтвор, абсолютен алкохол или Aethoxysclerol, или други;

- термална терапия: електрокоагулация, аргон-плазмена коагулация, лазерна коагулация.

Втори метод на избор – механична терапия с хемостатични клипсове;

- връзково лигиране (хемороиди, рядко при други).

При неуспех:

Артериално кървене (Forrest Ia) – оперативно лечение.

Рецидив в рамките на 24-72 часа или по-късно – нова ендоскопска хемостаза:

- при успех – наблюдение и консервативно лечение;
- при неуспех – оперативно лечение.

Ако кръвоизливът е резултат на остър ерозивен хеморагичен гастрит, установен ендоскопски и кървенето не се овладява след реанимационните процедури, се преминава към хирургично лечение.

При варикозно кървене:

Препоръчва се ендоскопските лечебни процедури да се извършват на фона на непрекъснатата инфузия с вазоконстриктивни и вазоактивни препарати.

Ендоскопско връзково лигиране (ЕВЛ) или склеротерапия (СТ) при кръвоизлив от варици на хранопровода или гастроезофагеални варици:

- ЕВЛ – средство на първи избор.

Ендоскопско инжектиране на тъканни лепила (cyanoacrylate или тромбин) - при масивен кръвоизлив от гастроезофагеални и особено изолирани стомашни варици във фундуса:

- поставяне на метални клипси.

При постигане на хемостаза – наблюдение и консервативно лечение.

При неуспех (кървенето продължава или рецидивира):

- препоръчва се втори ендоскопски опит в рамките на 24-48ч на фона на медикаментозна терапия;
- при неуспех от повторна ендоскопска хемостаза - балонна тампонада и медикаментозно лечение;
- при неуспех от балонната тампонада обсъждане за хирургично лечение при очаквана добра прогноза (Child A, B).

Балонната тампонада е алтернатива на ендоскопската хемостаза.

Лечение на кървене от долния ГИТ:

- общи реанимационни мерки;
- кръвоспиращи средства;
- лечение на основно заболяване;
- ендоскопското лечение включва всички гореизброени процедури, вкл. при кървящи хемороиди.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След ендоскопско изследване при хемодинамично стабилен болен и възможно откриване на източник на кървене.

По клинични данни – при хемодинамични отклонения и шок; противопоказание за извършване на ендоскопско изследване или при ендоскопски установена кръв в ГИТ, без видимо кървящ съд (източник на кървене).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- при клинични и лабораторни данни за овладян кръвоизлив, без хематемеза и мелена, корекция на хемоглобина над 70 г/л;
- стабилизиране и корекция на хемодинамиката и отклоненията на жизнени параметри спрямо стойностите при хоспитализацията.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказване на онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването"*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разрежено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 73 ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ
ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХЕПАТОБИЛИАРНАТА
СИСТЕМА (ХБС), ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА**
**КП № 73.1 ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ
ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХЕПАТОБИЛИАРНАТА
СИСТЕМА (ХБС), ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА ЗА ЛИЦА НАД
18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ**
Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ	
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55602-00	Контрастна ехография на корем и ретроперитонеум
55602-01	Интервенционална ехография на корем и ретроперитонеум
Терапии с използване на агенти, неклаифицирани другаде	
96154-00	Терапевтичен ултразвук <i>Не включва:</i> диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])
Други ексцизионни процедури на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди	
90294-00	Ендоскопска ексцизия на лезия на жлъчни пътища или сфинктер на Оди Ендоскопска ексцизия на тумор на: <ul style="list-style-type: none"> • ампула Vateri • общ жлъчен канал • дуктус цистикус • дуктус хепатикус • периампуларно • сфинктер на Oddi
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху черен дроб	
90347-00	Прилагане на терапевтичен агент в черен дроб
90319-01	Перкутанна аспирация на черен дроб <i>Не включва:</i> перкутанна чернодробна биопсия (30409-00 [953]) тези за абсцес, хематом или киста (30224-01 [987])
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30409-00	Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия Затворена иглена чернодробна биопсия <i>Не включва:</i> трансюгуларна чернодробна биопсия (90298-00 [953])
Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум	
30224-01	Перкутанен дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста
Други процедури на черен дроб	
50950-00	Радиофреквентна аблация на черен дроб Радиофреквентна аблация на чернодробен тумор
90299-00	Друга деструкция на черния дроб Интерстициална лазерна аблация на чернодробен тумор

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху жлъчен мехур или жлъчни пътища	
90348-00	Перкутанна аспирация на жлъчен мехур
Изследване на жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30484-00	Ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP) <i>Включва:</i> четкова биопсия на жлъчни пътища биопсия <i>Не включва:</i> ендоскопска ретроградна панкреатография [ERP] (30484-02 [974])
30440-00	Перкутанна трансхепатална холангиография Холангиография с багрило, инжектирано през кожата и в черния дроб <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • билиарен дренаж (30440-01 [963]) • дилатация (30495-00 [971]) • екстракция на камък (30450-00 [959]) • изваждане на стент (30492-02 [960]) • стентирание (30492-00 [958], 30492-01 [960])
30484-01	Ендоскопска ретроградна холангиография (ERC) <i>Включва:</i> четкова биопсия на жлъчни пътища Биопсия
Биопсия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди	
30094-04	Перкутанна (иглена) биопсия на жлъчен мехур или жлъчни пътища
30075-15	Биопсия на жлъчен мехур или жлъчни пътища
30458-00	Биопсия на сфинктер на Оди
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30494-00	Ендоскопска дилатация на други части на жлъчни пътища Ендоскопска дилатация на билиарна стриктура <i>Не включва:</i> със стентирание (30491-00 [958])
30452-00	Холедохоскопия с дилатация Ендоскопска дилатация на стриктура на общия жлъчен канал <i>Не включва:</i> със стентирание (30452-01 [958])
Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди	
30440-01	Перкутанен жлъчен дренаж <i>Включва:</i> трансхепатална } трансијеюнална } холангиография
30485-00	Ендоскопска сфинктеротомия <i>Включва:</i> такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP] <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне на стент (30491-00 [958]) • подмяна на стент (30451-02 [960])
30485-01	Ендоскопска сфинктеротомия с екстракция на камък от общия жлъчен канал <i>Включва:</i> такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP] <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне на стент (30491-00 [958]) • подмяна на стент (30451-02 [960])
Стентирание на жлъчни пътища	
30491-00	Ендоскопско стентирание на други части на жлъчни пътища <i>Включва:</i> дилатация

	<p>поставяне на назобилиарна сонда такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP] <i>Не включва:</i> такова при замяна (30451-02 [960])</p>
Отстраняване и подмяна на жлъчен стент	
30451-02	<p>Ендоскопска подмяна на жлъчен стент <i>Включва:</i> такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]</p>
30451-03	<p>Ендоскопско отстраняване на жлъчен стент <i>Включва:</i> такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]</p>
Ендоскопско и перкутанно отстраняване на камък	
30450-00	<p>Екстракция на камък от жлъчни пътища чрез образни техники Перкутанна екстракция на жлъчен камък <i>Включва:</i> чрез: <ul style="list-style-type: none"> • трансхепатална тръба • трансйеюнална тръба • Т-образна тръба </p>
Стентирание на жлъчни пътища	
30492-00	<p>Перкутанно стентирание на жлъчни пътища <i>Включва:</i> дилатация <i>Не включва:</i> такова при замяна (30492-01 [960])</p>
Отстраняване и подмяна на жлъчен стент	
30492-01	Перкутанна подмяна на жлъчен стент
30492-02	Перкутанно отстраняване на жлъчен стент
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30495-00	<p>Перкутанна дилатация на билиарен тракт Перкутанно дилатиране на билиарна стриктура <i>Не включва:</i> със стентирание (30492-00 [958])</p>
Биопсия на панкреас	
30094-05	Перкутанна иглена биопсия на панкреас
Изследване на панкреаса	
30484-02	<p>Ендоскопска ретроградна панкреатография (ERP) <i>Включва:</i> биопсия</p>
Други ексцизионни порцедури на панкреас или панкреатичен канал	
90294-01	Ендоскопска ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал
30578-00	<p>Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал <i>Включва:</i> изследване</p>
30576-00	Микровълнова аблация на панкреасна тъкан или лезия
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас	
30491-02	<p>Ендоскопско стентирание на панкреасен канал <i>Включва:</i> дилатация поставяне на назопанкреатична тръба тази чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]</p>
30491-03	Ендоскопска подмяна на панкреатичен стент
30491-04	Ендоскопско отстраняване на панкреатичен стент
90349-00	Ендоскопско премахване на камъни от панкреаса
Биопсия на корем, перитонеум или оментум	
30075-37	<p>Биопсия на перитонеум Биопсия на:</p>

- мезентериум
- оментум

30094-06 Перкутанна иглена биопсия на интраабдоминална формация

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на корем

- Включва:* регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
 - и
 - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
 - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
 - таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем
90913-02 Магнитно резонансна томография – холангиография

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на рН на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-17 Изследване за нитрити в урината

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

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
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

Морфологични изследвания

91930-07 Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
91931-06 Микроскопско изследване на перитонеална и/или ретроперитонеална проба за хистология

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори

Трансфузия на:

- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:

- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер

Разреждане на кръвта

Трансфузия на:

- кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

Трансфузия на:

- кръвни заместители
- гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

- една високоспециализирана интервенционална процедура;
- три основни диагностични процедури задължително: една, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“; втора - 11700-00 - ЕКГ и трета процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
- една терапевтична процедура.
- Процедура 91930-07 и/или 91931-06 задължително се отчита допълнително като четвърта основна диагностична процедура, при вземане на материал за хистологично или цитологично изследване;
- терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02; 96199-00 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология", от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Клинична лаборатория
3. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
4. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии
5. Анестезиологичен екип

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекари със специалност по образна диагностика – минимум двама;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Задължително е поне единият от специалистите по гастроентерология да притежава сертификат за квалификация по „Интервенционална и ендоскопска ехография – **трето ниво** и/или сертификат за квалификация по „ЕРХПГ и свързаните с нея интервенционални процедури – **трето ниво**“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Комплект за ендоскопска резекция при горна ендоскопия еднократен	НЗОК не заплаща посочените изделия
Балонен екстрактор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Кошница за екстракция	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Пластмасова ендопротеза за жлъчните пътища	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Пластмасова ендопротеза за панкреаса	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Система за протезиране	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Саморазширяваща се протеза за жлъчни пътища и панкреас	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за тънкоиглена биопсия под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за биопсия през ехоендоскоп	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Набор за термоаблация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Балон дилататор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Водачи за протезиране	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Папилотомии	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за чернодробна биопсия	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за алкохолна аблация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сетове за перкутанен дренаж под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за трансгастрална цистостомия	НЗОК не заплаща посоченото изделие

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностично уточняване или лечение чрез високоспециализирани интервенционални процедури при:

- онкологично заболяване;
- остри и хронични обострени заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума, неповлияващи се от амбулаторно лечение;

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с доказани заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума с провеждащи амбулаторно лечение за заболяването, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Високоспециализираните интервенционални процедури, КТ и МРТ се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията – при минимален болничен престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

1. Клинично – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания):

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ);
- клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кр. захар, креатинин, урея, амилаза, липаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, Cl, Ca, P, липиди, газов анализ, по показания - С-реактивен протеин, туморни маркери (алфа-ФП, СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.), други;
- хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТТ (пТПВ/ККВ); други;
- пълно изследване на урина.

2. Кръвна група.

3. Абдоминална ехография, КТ, МРТ. При показания: доплерово изследване.

4. Рентгенография на бял дроб и сърце – при показания.

5. ЕКГ.

6. Допълнителни изследвания - при показания:

- стандартна парацентеза с биохимично и цитологично изследване на пунктат;
- микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали), имунологични и други изследвания.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на отклонения в жизнено важни функции, анемия, коагулационни нарушения, хипоалбуминемия, придружаващи заболявания и други по индикации;
- лечение на основното заболяване и неговите усложнения - хепатопротектори, кортикостероиди, антибиотици, протеазни инхибитори, H2-блокери, ИПП, холеретици, кръвоспиращи, соматостатин и аналози, заместителна терапия с ензимни препарати, спазмолитици, обезболяващи, наркотични и ненаркотични средства, и други при показания.
- сондово/ентерално/парентерално хранене;
- други терапевтични процедури – промивка през сонда или перкутанна ендоскопска гастро-ентеростома.

ЕНДОСКОПСКИ /ЕХОГРАФСКИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ХБС, ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМ

- с или без анестезия /аналгезия.
- с или без хистологично изследване и /или цитологично изследване.

Високоспециализирани/интервенционални ехографски изследвания (според съответните заболявания и показания):

- доплерово изследване;
- контрастна ехография;
- тънкоиглена биопсия под ехографски контрол или аспирация на течни колекции.

Перкутанна чернодробна биопсия с хистологично изследване.

Интервенционални ендоскопски изследвания:

- ендоскопска ретроградна холангио-, холангио-панкреатография или панкреатография (ЕРХ, ЕРХП или ЕРП);
- ендоскопска папилоскопия с или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология) в

областта на papilla Vateri или място на инфилтрация; хромоендоскопия; ендоскопска макробиопсия; диагностично-терапевтична ендоскопска мукозна резекция.

Ендоскопска ехография с или без тънкоиглена/аспирационна биопсия, доплер-ехография на огнищни лезии (панкреас, папила, дистален холедох) и лимфни възли в системата на celiacus и перипанкреасната област;

- диагноза на микролитиаза, тумори, кисти, друга абдоминална маса.

Лапароскопия с транслапароскопска биопсия; лапароскопска ехография.

Допълнителни диагностични процедури: холангиоскопия с цитология или биопсия; манометрия на сфинктер Одди; други.

При диагностициране на рак на ХБС, панкреаса и перитонеума е задължително извършването на предоперативно определяне на стадия на разпространение на тумора, включващо следните изследвания:

При показания:

- КТ на бял дроб и медиастиnum, мозък, кости, малък таз; диагностична парацентеза, лапароскопия; очни дъна; сцинтиграфия на кости; консултация с друг специалист.

Ако болният подлежи на оперативно лечение, лъче- и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

ЕНДОСКОПСКИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ендоскопска деструкция или инцизия на papilla Vateri, sphincter Oddi и достигаеми части на жлъчните пътища чрез ендоскопска мукозна резекция, аргон-плазмена или лазерна (Nd: YAC лазер) коагулация, фотодинамична терапия и други ендоскопски методи – радикално или палиативно лечение на тумори (ендоскопска туморна реканализация): на диспластични или метапластични промени.

Ендоскопска инжекционна терапия (кортикостероиди, етанол, противотуморни или имуномодулиращи медикаменти - локална имуномодулация и други) при доброкачествени и злокачествени процеси, вкл. на сфинктер Одди.

Свързани с ЕРХП терапевтични процедури.

Класическа или некласическа **ендоскопска сфинктеротомия** на сфинктер Одди или папила минор – самостоятелно или в комбинация с другите ендоскопски процедури; синдром на слепия сак.

Екстракция на камъни с балонни катетри или кошничка на Дормия от големите жлъчни канали или общия панкреасен канал.

Механична, вътрелуменна електрохидравлична или друга **литотрипсия на камъни** в големите жлъчни канали или панкреасния канал.

Ендоскопска балонна дилатация на сфинктер Одди или стеснени участъци по големите жлъчни пътища или главния панкреасен канал, облитерирала ХДА.

Ендоскопско протезиране при доброкачествени или злокачествени стриктури на екстрахепаталните жлъчни пътища, панкреасния канал, при притискане отвън или невъзможност за екстракция на камъни; фистули.

Назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж чрез поставяне на назобилиарни или назопанкреасни катетри; локална литолиза.

Изваждане на паразити (напр. *Ascaris lumbricoides*), директно, чрез назобилиарен или хидростатичен катетър, кошничка на Дормия след промиване с етер, солев р-р или piperazilin citrate; промиване на билиарното дърво.

Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия и други ендоскопски процедури.

Ендоскопската сфинктеротомия с или без екстракция на камъни е основно средство на избор за лечение на тежък остър билиарен панкреатит и остър гноен холангит.

ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ПОД ЕХОГРАФСКИ КОНТРОЛ

Аспирация на течни, некротични или инфектирани колекции при тежък остър панкреатит.

Аблация или деструкция на тумор.

Алкохолизация (ПАИР) на огнища, вкл. ехинококови кисти или вкарване на други лечебни вещества.

Локална литолиза с или без **екстракция на камъни, дилатация или протезиране.**

Други диагностично/терапевтични манипулации.

ХБС - доброкачествени заболявания:

Пункция, аспирация, инжектиране на сколициден агент и реаспирация на ехинококови кисти под УЗ контрол.

Пункция, аспирация и локално склеротерапия на непаразитарни кисти под УЗ контрол.

Пункция, аспирация и лаваж на абсцеси и други течни колекции под УЗ контрол.

Траен дренаж на абсцеси и други колекции под УЗ контрол.

Аспирация и дренаж на субдиафрагмални, субхепатални, ретроперитонеални и интраабдоминални абсцеси и колекции под УЗ контрол.

Перкутанна холецистостома.

Перкутанен трансхепатален билиарен дренаж.

Перкутанна литолиза.

ХБС - злокачествени заболявания:

Перкутанно етанолово инжектиране - в множество сеанси.

Болусно перкутанно етанолово инжектиране в еднократен сеанс.

Радиофреквентна аблация.

Други видове локална аблация.

Други видове локално лечение с лечебни субстанции.

Заболявания на панкреаса, перитонеума:

Пункция, аспирация и локално лечение на панкреасни кисти и изливи под УЗ контрол.

Траен дренаж на панкреасни кисти под УЗ контрол.

Траен дренаж на ретро- и интраперитонеални абсцеси под УЗ контрол.

Невролиза на трункус целиакус под УЗ контрол.

Аспирация на течни колекции от панкреасен произход под УЗ контрол.

Терапевтична парацентеза.

Интраперитонеална химиотерапия или локална имуномодулация.

Транслапароскопска адхезиолиза и други терапевтични процедури.

ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЧРЕЗ ЕНДОСКОПСКА ЕХОГРАФИЯ

Тънкоиглено инжектиране:

- за лечение на тумори - тъканна деструкция; инжектиране на етанол и други противотуморни или имуномодулиращи медикаменти (локална имуномодулация);

- инжектиране на кортикостероиди или етанол в plexus celiacus (невролиза) за контрол на болката при хроничен панкреатит (рефрактерна на високи дози наркотични аналгетици); палиативно лечение на болката при малигнено заболяване на панкреас (неоперабилен рак и липса на обезболяване от наркотични аналгетици), черен дроб, стомах, черва, бъбрек.

Дрениране на кисти (панкреасни псевдокисти/абсцеси):

- трансгастрална или трансдуоденална пункция под ехографския контрол с балонна дилатация и поставяне на назокистичен дренаж или протезиране - за осъществяване на пълен дренаж;

- други.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения се обсъжда **оперативно лечение.**

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след извършване на комплекс от лабораторни и инструментални изследвания в съответния диагностичен алгоритъм на заболяването, документиран задължително в епикризата.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза, според алгоритъма;
- добро клинично състояние на пациента;
- лечение на усложненията и отклоненията на жизненоважни функции;
- стабилизиране и корекция на отклоненията на жизнени параметри спрямо стойностите при хоспитализацията, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя) , отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата; вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора на дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул.

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол:

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кръвене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 73 ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ
ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХЕПАТОБИЛИАРНАТА
СИСТЕМА (ХБС), ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА**
**КП № 73.2 ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ
ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХЕПАТОБИЛИАРНАТА
СИСТЕМА (ХБС), ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА ЗА ЛИЦА ПОД
18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ**
Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ	
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55602-00	Контрастна ехография на корем и ретроперитонеум
55602-01	Интервенционална ехография на корем и ретроперитонеум
Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде	
96154-00	Терапевтичен ултразвук <i>Не включва:</i> диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])
Други ексцизионни процедури на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди	
90294-00	Ендоскопска ексцизия на лезия на жлъчни пътища или сфинктер на Оди Ендоскопска ексцизия на тумор на: <ul style="list-style-type: none"> • ампула Vateri • общ жлъчен канал • дуктус цистикус • дуктус хепатикус • периампуларно • сфинктер на Oddi
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху черен дроб	
90347-00	Прилагане на терапевтичен агент в черен дроб
90319-01	Перкутанна аспирация на черен дроб <i>Не включва:</i> перкутанна чернодробна биопсия (30409-00 [953]) тези за абсцес, хематом или киста (30224-01 [987])
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30409-00	Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия Затворена иглена чернодробна биопсия <i>Не включва:</i> трансюгуларна чернодробна биопсия (90298-00 [953])
Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум	
30224-01	Перкутанен дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста
Други процедури на черен дроб	
50950-00	Радиофреквентна аблация на черен дроб Радиофреквентна аблация на чернодробен тумор
90299-00	Друга деструкция на черния дроб Интерстициална лазерна аблация на чернодробен тумор

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху жлъчен мехур или жлъчни пътища

90348-00 Перкутанна аспирация на жлъчен мехур

Изследване на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30484-00 Ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP)

Включва: четкова биопсия на жлъчни пътища
биопсия

Не включва: ендоскопска ретроградна панкреатография [ERP] (30484-02 [974])

30440-00 Перкутанна трансхепатална холангиография

Холангиография с багрило, инжектирано през кожата и в черния дроб

Не включва: такава с:

- билиарен дренаж (30440-01 [963])
- дилатация (30495-00 [971])
- екстракция на камък (30450-00 [959])
- изваждане на стент (30492-02 [960])
- стентирание (30492-00 [958], 30492-01 [960])

30484-01 Ендоскопска ретроградна холангиографија (ERC)

Включва: четкова биопсия на жлъчни пътища
Биопсия

Биопсия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30094-04	Перкутанна (иглена) биопсия на жлъчен мехур или жлъчни пътища
----------	---

30075-15 Биопсия на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30458-00 Биопсия на сфинктер на Оди

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

30494-00	Ендоскопска дилатация на други части на жлъчни пътища
----------	---

Ендоскопска дилатация на билиарна стриктура

Не включва: със стентирание (30491-00 [958])

30452-00	Холедохоскопия с дилатация
----------	----------------------------

Ендоскопска дилатация на стриктура на общия жлъчен канал

Не включва: със стентирание (30452-01 [958])

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30440-01	Перкутанен жлъчен дренаж
----------	--------------------------

Включва: трансхепатална }
трансеюнална } холангиография

30485-00 Эндоскопска сфинктеротомия

Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

Кодирай също когато е направена:

- поставяне на стент (30491-00 [958])
- подмяна на стент (30451-02 [960])

30485-01 Ендоскопска сфинктеротомия с екстракция на камък от общия жлъчен канал

Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

Кодирай също когато е направена:

- поставяне на стент (30491-00 [958])
- подмяна на стент (30451-02 [960])

Стентирание на жлъчни пътища

30491-00	Ендоскопско стентирание на други части на жлъчни пътища
----------	---

	<p><i>Включва:</i> дилатация поставяне на назобилиарна сонда такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]</p> <p><i>Не включва:</i> такова при замяна (30451-02 [960])</p>
Отстраняване и подмяна на жлъчен стент	
30451-02	Ендоскопска подмяна на жлъчен стент
	<i>Включва:</i> такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
30451-03	Ендоскопско отстраняване на жлъчен стент
	<i>Включва:</i> такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Ендоскопско и перкутанно отстраняване на камък	
30450-00	Екстракция на камък от жлъчни пътища чрез образни техники
	Перкутанна екстракция на жлъчен камък
	<i>Включва:</i> чрез:
	• трансхепатална тръба
	• трансйеюнална тръба
	• Т-образна тръба
Стентирание на жлъчни пътища	
30492-00	Перкутанно стентирание на жлъчни пътища
	<i>Включва:</i> дилатация
	<i>Не включва:</i> такова при замяна (30492-01 [960])
Отстраняване и подмяна на жлъчен стент	
30492-01	Перкутанна подмяна на жлъчен стент
30492-02	Перкутанно отстраняване на жлъчен стент
Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища	
30495-00	Перкутанна дилатация на билиарен тракт
	Перкутанно дилатиране на билиарна стриктура
	<i>Не включва:</i> със стентирание (30492-00 [958])
Биопсия на панкреас	
30094-05	Перкутанна иглена биопсия на панкреас
Изследване на панкреаса	
30484-02	Ендоскопска ретроградна панкреатография (ERP)
	<i>Включва:</i> биопсия
Други ексцизионни порцедури на панкреас или панкреатичен канал	
90294-01	Ендоскопска ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал
30578-00	Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал
	<i>Включва:</i> изследване
30576-00	Микровълнова аблация на панкреасна тъкан или лезия
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас	
30491-02	Ендоскопско стентирание на панкреасен канал
	<i>Включва:</i> дилатация
	поставяне на назопанкреатична тръба
	тази чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
30491-03	Ендоскопска подмяна на панкреатичен стент
30491-04	Ендоскопско отстраняване на панкреатичен стент
90349-00	Ендоскопско премахване на камъни от панкреаса
Биопсия на корем, перитонеум или оментум	
30075-37	Биопсия на перитонеум

Биопсия на:
• мезентериум
• оментум

30094-06 Перкутанна иглена биопсия на интраабдоминална формация

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем
90913-02 Магнитно резонансна томография – холангиография

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на рН на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-17 Изследване за нитрити в урината

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

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
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

Морфологични изследвания

91930-07 Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас

- 91931-06 Микроскопско изследване на перитонеална и/или ретроперитонеална проба за хистология
- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
- 92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
 - опаковани клетки
 - червени кръвни клетки
- 92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
 - коагулационни фактори НКД
 - криопреципитати
 - фактор VIII
- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
 - плазма (прясно замразена) (FFP)
- 92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители
- 92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
 - гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

- една високоспециализирана интервенционална процедура;
- три основни диагностични процедури задължително: една, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“; втора - 11700-00 – ЕКГ и трета процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
- една терапевтична процедура.
- Процедура 91930-07 и/или 91931-06 задължително се отчита допълнително като четвърта основна диагностична процедура, при вземане на материал за хистологично или цитологично изследване;
- терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02; 96199-00 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 92191-00 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко от второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Клинична лаборатория
3. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
4. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии
5. Анестезиологичен екип

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология
Структура по образна диагностика

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или

лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекари със специалност по образна диагностика – минимум двама.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Комплект за ендоскопска резекция при горна ендоскопия еднократен	НЗОК не заплаща посочените изделия
Балонен екстрактор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Кошница за екстракция	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Пластмасова ендопротеза за жлъчните пътища	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Пластмасова ендопротеза за панкреаса	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Система за протезиране	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Саморазширяваща се протеза за жлъчни пътища и панкреас	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за тънкоиглена биопсия под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за биопсия през ехоендоскоп	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Набор за термоаблация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Балон дилататор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Водачи за протезиране	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Папилотомии	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за чернодробна биопсия	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за алкохолна аблация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сетове за перкутанен дренаж под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за трансгастрална цистостомия	НЗОК не заплаща посоченото изделие

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностично уточняване или лечение чрез високоспециализирани интервенционални процедури при:

- онкологично заболяване;
- остри и хронични обострени заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума, неповлияващи се от амбулаторно лечение;
- заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума в детската възраст.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с доказани заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума с провеждащи амбулаторно лечение за заболяването, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО–ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Високоспециализираните интервенционални процедури, КТ и МРТ се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията – при минимален болничен престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

1. Клинично – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания):

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ);
- клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кр. захар, креатинин, урея, амилаза, липаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, Cl, Ca, P, липиди, газов анализ, по показания - С-реактивен протеин, туморни маркери (алфа-ФП, СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.), други;
- хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТВ (пТПВ/ККВ); други;

- пълно изследване на урина.

2. Кръвна група.

3. Абдоминална ехография, КТ, МРТ. При показания: доплерово изследване.

4. Рентгенография на бял дроб и сърце – при показания.

5. ЕКГ.

6. Допълнителни изследвания - при показания:

- стандартна парацентеза с биохимично и цитологично изследване на пунктат;
- микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали), имунологични и други изследвания.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на отклонения в жизнено важни функции, анемия, коагулационни нарушения, хипоалбуминемия, придружаващи заболявания и други по индикации;

- лечение на основното заболяване и неговите усложнения - хепатопротектори, кортикостероиди, антибиотици, протеазни инхибитори, H2-блокери, ИПП, холеретици, кръвоспиращи, соматостатин и аналози, заместителна терапия с ензимни препарати, спазмолитици, обезболяващи, наркотични и ненаркотични средства, и други при показания.

- сондово/ентерално/парентерално хранене;

- други терапевтични процедури – промивка през сонда или перкутанна ендоскопска гастро-ентеростома.

ЕНДОСКОПСКИ /ЕХОГРАФСКИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ХБС, ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМ

- с или без анестезия /аналгезия.

- с или без хистологично изследване и /или цитологично изследване.

Високоспециализирани/интервенционални ехографски изследвания (според съответните заболявания и показания):

- доплерово изследване;

- контрастна ехография;

- тънкоиглена биопсия под ехографски контрол или аспирация на течни колекции.

Перкутанна чернодробна биопсия с хистологично изследване.

Интервенционални ендоскопски изследвания:

- ендоскопска ретроградна холангио-, холангио-панкреатография или панкреатография (ЕРХ, ЕРХП или ЕРП);

- ендоскопска папилоскопия с или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология) в областта на papilla Vateri или място на инфилтрация; хромоендоскопия; ендоскопска макробиопсия; диагностично-терапевтична ендоскопска мукозна резекция.

Ендоскопска ехография с или без тънкоиглена/аспирационна биопсия, доплер-ехография на огнищни лезии (панкреас, папила, дистален холедох) и лимфни възли в системата на celiacus и перипанкреасната област;

- диагноза на микролитиаза, тумори, кисти, друга абдоминална маса.

Лапароскопия с транслапароскопска биопсия; лапароскопска ехография.

Допълнителни диагностични процедури: холангиоскопия с цитология или биопсия; манометрия на сфинктер Одди; други.

При диагностициране на рак на ХБС, панкреаса и перитонеума е задължително извършването на предоперативно определяне на стадия на разпространение на тумора, включващо следните изследвания:

При показания:

- КТ на бял дроб и медиастиnum, мозък, кости, малък таз; диагностична парацентеза, лапароскопия; очни дъна; сцинтиграфия на кости; консултация с друг специалист.

Ако болният подлежи на оперативно лечение, лъче- и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

ЕНДОСКОПСКИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ендоскопска деструкция или инцизия на papilla Vateri, sphincter Oddi и достигаеми части на жлъчните пътища чрез ендоскопска мукозна резекция, аргон-плазмена или лазерна (Nd: YAC лазер) коагулация, фотодинамична терапия и други ендоскопски методи – радикално или палиативно лечение на тумори (ендоскопска туморна реканализация): на диспластични или метапластични промени.

Ендоскопска инжекционна терапия (кортикостероиди, етанол, противотуморни или имуномодулиращи медикаменти - локална имуномодулация и други) при доброкачествени и злокачествени процеси, вкл. на сфинктер Одди.

Свързани с ЕРХП терапевтични процедури.

Класическа или неклассическа **ендоскопска сфинктеротомия** на сфинктер Одди или папила минор – самостоятелно или в комбинация с другите ендоскопски процедури; синдром на слепия сак.

Екстракция на камъни с балонни катетри или кошничка на Дормия от големите жлъчни канали или общия панкреасен канал.

Механична, вътрелуменна електрохидравлична или друга **литотрипсия на камъни** в големите жлъчни канали или панкреасния канал.

Ендоскопска балонна дилатация на сфинктер Одди или стеснени участъци по големите жлъчни пътища или главния панкреасен канал, облитерирала ХДА.

Ендоскопско протезиране при доброкачествени или злокачествени стриктури на екстрахепаталните жлъчни пътища, панкреасния канал, при притискане отвън или невъзможност за екстракция на камъни; фистули.

Назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж чрез поставяне на назобилиарни или назопанкреасни катетри; локална литолиза.

Изваждане на паразити (напр. *Ascaris lumbricoides*), директно, чрез назобилиарен или хидростатичен катетър, кошничка на Дормия след промиване с етер, солев р-р или piperazilin citrate; промиване на билиарното дърво.

Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия и други ендоскопски процедури.

Ендоскопската сфинктеротомия с или без екстракция на камъни е основно средство на избор за лечение на тежък остър билиарен панкреатит и остър гноен холангит.

ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ПОД ЕХОГРАФСКИ КОНТРОЛ

Аспирация на течни, некротични или инфектирани колекции при тежък остър панкреатит.

Аблация или деструкция на тумор.

Алкохолизация (ПАИР) на огнища, вкл. ехинококови кисти или вкарване на други лечебни вещества.

Локална литолиза с или без **екстракция на камъни, дилатация или протезиране.**

Други диагностично/терапевтични манипулации.

ХБС - доброкачествени заболявания:

Пункция, аспирация, инжектиране на сколициден агент и реаспирация на ехинококови кисти под УЗ контрол.

Пункция, аспирация и локално склеротерапия на непаразитарни кисти под УЗ контрол.

Пункция, аспирация и лаваж на абсцеси и други течни колекции под УЗ контрол.

Траен дренаж на абсцеси и други колекции под УЗ контрол.

Аспирация и дренаж на субдиафрагмални, субхепатални, ретроперитонеални и интраабдоминални абсцеси и колекции под УЗ контрол.

Перкутанна холецистостома.

Перкутанен трансхепатален билиарен дренаж.

Перкутанна литолиза.

ХБС - злокачествени заболявания:

Перкутанно етанолово инжектиране - в множество сеанси.

Болусно перкутанно етанолово инжектиране в еднократен сеанс.

Радиофреквентна аблация.

Други видове локална аблация.

Други видове локално лечение с лечебни субстанции.

Заболявания на панкреаса, перитонеума:

Пункция, аспирация и локално лечение на панкреасни кисти и изливи под УЗ контрол.

Траен дренаж на панкреасни кисти под УЗ контрол.

Траен дренаж на ретро- и интраперитонеални абсцеси под УЗ контрол.

Невролиза на трункус целиакус под УЗ контрол.

Аспирация на течни колекции от панкреасен произход под УЗ контрол.

Терапевтична парацентеза.

Интраперитонеална химиотерапия или локална имуномодулация.

Транслапароскопска адхезиолиза и други терапевтични процедури.

ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЧРЕЗ ЕНДОСКОПСКА ЕХОГРАФИЯ

Тънкоиглено инжектиране:

- за лечение на тумори - тъканна деструкция; инжектиране на етанол и други противотуморни или имуномодулиращи медикаменти (локална имуномодулация);

- инжектиране на кортикостероиди или етанол в plexus celiacus (невролиза) за контрол на болката при хроничен панкреатит (рефрактерна на високи дози наркотични аналгетици); палиативно лечение на болката при малигнено заболяване на панкреас (неоперабилен рак и липса на обезболяване от наркотични аналгетици), черен дроб, стомах, черва, бъбрек.

Дрениране на кисти (панкреасни псевдокисти/абсцеси):

- трансгастрална или трансдуоденална пункция под ехографския контрол с балонна дилатация и поставяне на назокистичен дренаж или протезиране - за осъществяване на пълен дренаж;

- други.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения се обсъжда **оперативно лечение**.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след извършване на комплекс от лабораторни и инструментални изследвания в съответния диагностичен алгоритъм на заболяването, документиран задължително в епикризата.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза, според алгоритъма;
- добро клинично състояние на пациента;
- лечение на усложненията и отклоненията на жизненоважни функции;
- стабилизиране и корекция на отклоненията на жизнени параметри спрямо стойностите при хоспитализацията, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой.

стойностите при хоспитализацията, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя) , отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата; вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора на дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул.

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол:

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кръвене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 74 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ХЕПАТОБИЛИАРНАТА СИСТЕМА, ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА
КП № 74.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ХЕПАТОБИЛИАРНАТА СИСТЕМА, ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА
ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ**

Минимален болничен престой - 3 дни

Минимален болничен престой при остър панкреатит
(К 85) - 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ехинококоза

- B67.0** Инвазия на черен дроб, предизвикана от *Echinococcus granulosus*
B67.5 Инвазия на черен дроб, предизвикана от *Echinococcus multilocularis*
B67.6 Инвазия с друга локализация и множествена ехинококоза, предизвикана от *Echinococcus multilocularis*
B 67.8 Ехинококоза на черен дроб, неуточнена

Злокачествено новообразувание на черния дроб и интрахепаталните жлъчни пътища

Не включва: жлъчни пътища БДУ (C24.9)
вторично злокачествено новообразувание на черния дроб (C78.7)

- C22.0** Карцином на черния дроб, първичен
Хепатоцелуларен карцином
Хепатом
C22.1 Карцином на интрахепаталните жлъчни пътища
Холангиокарцином
C22.2 Хепатобластом
C22.3 Ангиосарком на черния дроб
Сарком на купферовите клетки
C22.4 Други саркоми на черния дроб
C22.7 Други уточнени карциноми на черния дроб
C23 Злокачествено новообразувание на жлъчния мехур

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на жлъчните пътища

Не включва: интрахепаталните жлъчни пътища (C22.1)

- C24.0** Екстрахепатални жлъчни канали
Жлъчни канали или протоци БДУ
Общ жлъчен канал
Мехурен канал
Хепатален канал
C24.1 Амбула на Vater
C24.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на жлъчните пътища
Злокачествено новообразувание, засягащо едновременно интрахепаталните и екстрахепаталните жлъчни канали
Злокачествено новообразувание на жлъчните пътища, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C22.0—C24.1
C24.9 Злокачествено новообразувание на жлъчните пътища, неуточнено

Злокачествено новообразувание на панкреаса

- C25.0** Глава на панкреаса
C25.1 Тяло на панкреаса
C25.2 Опашка на панкреаса
C25.3 Панкреатичен канал
C25.4 Ендокринна част на панкреаса

- Лангерхансови острови
C25.7 Други части на панкреаса
Шийна част на панкреаса
C25.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на панкреаса

Злокачествено новообразувание на храносмилателните органи с друга и неточно определена локализация

- Не включва:** перитонеум и ретроперитонеум (C48.—)
C26.1 Далак
Не включва: болест на Hodgkin (C81.—)
нехочкинов лимфом (C82—C85)
C26.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на храносмилателната система
Злокачествено новообразувание на храносмилателните органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C15—C26.1
Не включва: кардио-езофагеалната област (C16.0)

Злокачествено новообразувание на ретроперитонеума и перитонеума

- Не включва:** сарком на Kaposi (C46.1)
мезотелиом (C45.—)
C45.1 Мезотелиом
C48.0 Ретроперитонеум
C48.1 Уточнена част на перитонеума:
Мезентериум
Мезоколон
Оментум
Перитонеум:
• париетален
• тазов
C48.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ретроперитонеума и перитонеума
C78.6 Вторично злокачествено заболяване на ретроперитонеума и перитонеума
Злокачествен асцит
C78.7 Вторично злокачествено заболяване на черния дроб

Доброкачествено новообразувание на други и неточно определени части на храносмилателната система

- D13.4 Черен дроб**
Интрахепатални жлъчни пътища
D13.5 Екстрахепатални жлъчни пътища
D13.6 Панкреас
Не включва: островни клетки на панкреаса (D13.7)
D13.7 Ендокринна част на панкреаса
Островноклетъчен тумор
Лангерхансови острови

Доброкачествено новообразувание на меката тъкан на ретроперитонеума и перитонеума

- Не включва:** доброкачествено липоматозно новообразувание на перитонеума и ретроперитонеума (D17.7)
мезотелиална тъкан (D19.—)
D20.0 Ретроперитонеум
D20.1 Перитонеум

Увреждания на перитонеума при инфекциозни болести, класифицирани другаде
K67.3* Туберкулозен перитонит (A18.3†)

Жлъчнокаменна болест [холелитиаза]

- K80.0 Камъни на жлъчния мехур с остър холецистит**

- K80.1 Камъни на жлъчния мехур с друг холецистит**
Всяко състояние, класифицирано в подрубриката K80.2, с холецистит (хроничен)
Холецистит с холелитиаза БДУ
- K80.3 Камъни на жлъчните пътища с холангит**
Всяко състояние, класифицирано в подрубриката K80.5, с холангит
- K80.4 Камъни на жлъчните пътища с холецистит**
Всяко състояние, класифицирано в подрубриката K80.5, с холецистит (с холангит)
- K80.5 Камъни на жлъчните пътища без холангит или холецистит**
Холедохолитиаза
Жлъчен камък на:
 - дуктус холедохус БДУ
 - общия проток
 - чернодробния проток
Чернодробна:
 - холелитиаза
 - колика (рецидивираща)
- K80.8 Други видове холелитиаза**
- неуточнени или без холангит или холецистит

Холецистит

Не **включва**: с холелитиаза (K80.—)

- K81.0 Остър холецистит**
без камъни
Абсцес на жлъчния мехур Ангиохолецистит Холецистит:
 - емфизематозен (остър)
 - гангренозен
 - гноен
Емпием на жлъчния мехур
Гангрена на жлъчния мехур)

Други болести на жлъчния мехур

Не включва: невизуализиране на жлъчния мехур при рентгеново изследване (R93.2)
постхолецистектомичен синдром (K91.5)

- K82.1 Хидропс на жлъчния мехур**
Мукоцеле на жлъчния мехур
- K82.4 Холестероза на жлъчния мехур**
“Ягодообразен” жлъчен мехур
- K82.8 Други уточнени болести на жлъчния мехур**
Сраствания
Атрофия
Киста
Дискинезия
Хипертрофия
Липса на функция
Язва
- на дуктус цистикус или на жлъчния мехур

Други болести на жлъчните пътища

Не включва: изброените състояния, включващи:

- жлъчния мехур (K81—K82)
- дуктус цистикус (K81—K82)

постхолецистектомичен синдром (K91.5)

- K83.0 Холангит**
Холангит:
 - БДУ
 - асцендентен
 - първичен
 - рецидивиращ
 - склерозиращ
 - вторичен
 - стенозиращ

- гноен

Не включва: холангитен абсцес на черния дроб (K75.0)
холангит с холедохолитиаза (K80.3—K80.4)
хроничен негноен деструктивен холангит (K74.3)

K83.1 Запушване на дуктус холедохус

Оклузия
Стеноза
Стриктурa } на дуктус холедохус без камъни

Не включва: с холелитиаза (K80.—)

K83.3 Фистула на дуктус холедохус

Холедоходуоденална фистула

K83.5 Жлъчна киста

K83.8 Други уточнени болести на жлъчните пътища

Сраствания
Атрофия
Хипертрофия
Язва } на жлъчните пътища

K85 Остър панкреатит

Абсцес на задстомашната жлеза

Некроза на задстомашната жлеза:

- остра
 - инфекциозна
- Панкреатит:
- БДУ
 - остър (рецидивиращ)
 - хеморагичен
 - подостър
 - гноен

Други болести на задстомашната жлеза

Не включва: кистофиброза на задстомашната жлеза (E84.—)
тумор от островните клетки на задстомашната жлеза (D13.7)
панкреатична стеаторея (K90.3)

K86.1 Други хронични панкреатити

Хроничен панкреатит:

- БДУ
- инфекциозен
- рекурентен
- рецидивиращ

K86.2 Киста на задстомашната жлеза

K86.3 Псевдокиста на задстомашната жлеза

K86.8 Други уточнени болести на задстомашната жлеза

Атрофия
Камъни
Цироза
Фиброза } на задстомашната жлеза

На задстомашната жлеза:

- некроза:
 - БДУ
 - асептична
 - мастна

Нарушена резорбция в червата

Не включва: дължаща се на хирургична намеса върху стомашночревния тракт (K91.2)

K90.3 Панкреатична стеаторея

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, неklasифицирани другаде

Не включва: гастрорейоанална язва (K28.—)

	<p>радиационен:</p> <ul style="list-style-type: none"> • колит (K52.0) • гастроентерит (K52.0) • проктит (K62.7)
K91.2	<p>Нарушение на резорбцията след хирургична намеса, некласифицирано другаде</p> <p>Синдром на сляпата бримка след хирургична намеса</p> <p>Не включва: нарушение на резорбцията:</p> <ul style="list-style-type: none"> • остеомалация при възрастни (M83.2) • остеопороза след хирургични намеси (M81.3)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Панендоскопия	
30473-05	<p><i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия</p> <p>Панендоскопия до илеума</p> <p>Илеоскопия</p> <p>Йеюноскопия</p>
Панендоскопия с ексцизия	
30473-01	<p> Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } </p> <p><i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия</p> <p>Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия</p>
Рентгенография на стомашно-чревен тракт	
58909-00	<p><i>Не включва:</i> безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])</p> <p>Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум</p> <p>Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум</p> <p><i>Включва:</i> предварителен общ план</p> <p><i>Не включва:</i> контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])</p>
58915-00	<p>Контрастно изследване на тънки черва</p> <p>Серийно изследване на тънки черва</p> <p><i>Включва:</i> предварителен общ план</p> <p><i>Не включва:</i> такава на дуоденум (58909 [1975])</p>
58921-00	<p>Друга контрастна клизма</p> <p><i>Включва:</i> изследване с въздушен контраст</p> <p>предварителен общ план</p>
Компютърна томография на корем	
56401-00	<p><i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])</p> <p>при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963]) <p>Компютърна томография на корем</p>

Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55276-00	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: <ul style="list-style-type: none"> • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-02	Магнитно резонансна томография – холангиография
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания	
<i>Не включва:</i> гастроинтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])	
11800-00	Тест за моторика на хранопровод Манометричен мотилитетен тест на хранопровод
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
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
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
Морфологични изследвания	
91938-00	Цитологично изследване на асцитна течност
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум	
30406-00	Абдоминална парацентеза
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва	
31462-00	<i>Включва:</i> двойно-балонна ентероскопия Поставяне на йеюностомна тръба за хранене
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити
Приложение на фармакотерапия	
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на:	

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
- хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове:

- Една диагностична процедура - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“;

- Втора - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;

- Трета - 11700-00 - ЕКГ;

- Четвърта - 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;

- пета - ендоскопска или 30668-00 или рентгенологична процедура – не се изисква при заболявания на жлъчния мехур и тогава клиничната пътека се отчита с четири диагностични процедури;

и две терапевтични процедури, от които едната задължително е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

При пункция на асцит (30406-00) задължително се извършва и отчита пета/шеста процедура 91938-00.

При заболявания на жлъчния мехур КП се отчита само с четири диагностични процедури (кодовете, посочени в блок 1932); (кодовете, посочени в блок 1923 и блок 1924); 11700-00 и една процедура от образна диагностика), като ендоскопска процедура не е необходима.

Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02; 96199-00 и 96199-09 или 96200-09/96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски и ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Клиничната пътека се счита за завършена при заболявания на жлъчния мехур само при приложена снимка от ехографското изследване, документиращо жлъчното заболяване.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология", от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия, от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия (Ендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия – за лица под 18 години)
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология
Структура за образна диагностика

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- или
- лекари със специалност по хирургия – минимум четирима;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекари със специалност по образна диагностика – минимум двама;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ или един специалист по

конвенционална ехография и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при:

- болни със спешни състояния, с изразени отклонения в жизненоважни функции и системи или отклонения в биохимичните показатели, изискващи спешни реанимационни мероприятия;

- болни с изразен анемичен синдром, доказан лабораторно; болков или друг синдром, жълтеница с предполагаем произход от заболяване на ХБС, панкреаса, перитонеума;

- заболявания на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса в детската възраст.

Диагностика и диференциална диагноза на онкологично заболяване на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с:

- комплекс от клинични симптоми и лабораторно или инструментално установени отклонения с предполагаем произход от хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума без данни за бърза прогресия - за диагностично уточняване и лечение в болнични условия; след приключване на лечебно-диагностичния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ;

- болни с известно заболяване на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума, провеждащи амбулаторно лечение без добър терапевтичен ефект.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията. Контролно образно изследване при дехоспитализация – по преценка.

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1. Клиничко – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания):

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ);

- клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кръвна захар, креатинин,

урей, амилаза, липаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, Ca, P, липиди, по показания - КГА, С-реактивен протеин, туморни маркери (алфа-ФП, СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.), други;

- хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТТ (пТПВ/ККВ), други;

- пълно изследване на урина.

2. Кръвна група – по показания.

3. Рентгенография на бял дроб и сърце – по показания.

4. ЕКГ.

5. Ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.

6. Други изобразителни изследвания - при показания:

- КТ и/или МРТ - на корем;

- обзорна или контрастна рентгенография на ГИТ.

7. Стандартно ендоскопско изследване на горния ГИТ и областта на papilla Vateri или място на инфилтрация, с или без ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология - при показания.

8. Стандартна парацентеза с биохимично и цитологично изследване на пунктат – диагностична или терапевтична - при показания.

9. Допълнителни изследвания - при показания:

- микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали), имунологични и други изследвания.

При диагностициране на рак на ХБС, панкреаса и перитонеум е задължително извършването на предоперативно определяне на стадия на разпространение на тумора, включващо следните изследвания:

При показания:

- ехография/КТ на малък таз; иригография или долна ендоскопия; КТ на бял дроб и медиастиnum, главен мозък, кости, малък таз; очни дъна; сцинтиграфия на кости; консултация с друг специалист.

Решение за по-нататъшното поведение при диагностициран рак се взема съвместно от гастроентеролог, хирург, патолог, химио- и лъчетерапевт, а при показания и друг специалист (онкологичен комитет). Ако болният подлежи на оперативно лечение, лъче- и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на отклонения в жизненоважни функции, анемия, коагулационни нарушения, хипоалбуминемия, придружаващи заболявания и други по индикации;

- лечение на основното заболяване и неговите усложнения - хепатопротектори, кортикостероиди, антибиотици, протеазни инхибитори, H2-блокери, ИПП, холеретици, УДХК, кръвоспиращи, соматостатин и аналози, заместителна терапия с ензимни препарати, спазмолитици, обезболяващи, наркотични и ненаркотични средства и други при показания;

- сондово/ентерално/парентерално хранене;

- други терапевтични процедури – промивка през сонда или перкутанна ендоскопска гастро-ентеростома.

Терапевтична парацентеза – при показания.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения се обсъжда **оперативно лечение**.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след извършване на комплекс от лабораторни и инструментални изследвания съответни за заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза, според алгоритъма;
- добро клинично състояние на пациента;
- стабилизиране и корекция на отклоненията на жизнени параметри и данните от лабораторния анализ, спрямо стойностите при хоспитализацията;
- контролно образно изследване при констатирани патологични промени при първото изследване, които е възможно да бъдат повлияни от проведеното лечение;
- за възпалителни заболявания на жлъчния мехур - позитивна ехографска находка или позитивна находка от друго образно изследване.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата; вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора на дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул.

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол:

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кръвене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 74 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ХЕПАТОБИЛИАРНАТА СИСТЕМА, ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА
КП № 74.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА
ХЕПАТОБИЛИАРНАТА СИСТЕМА, ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА
ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ**

Минимален болничен престой - 3 дни

Минимален болничен престой при остър панкреатит
(К 85) - 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ехинококоза

- B67.0** Инвазия на черен дроб, предизвикана от *Echinococcus granulosus*
B67.5 Инвазия на черен дроб, предизвикана от *Echinococcus multilocularis*
B67.6 Инвазия с друга локализация и множествена ехинококоза, предизвикана от *Echinococcus multilocularis*
B 67.8 Ехинококоза на черен дроб, неуточнена

Злокачествено новообразувание на черния дроб и интрахепаталните жлъчни пътища

Не включва: жлъчни пътища БДУ (C24.9)
вторично злокачествено новообразувание на черния дроб (C78.7)

- C22.0** Карцином на черния дроб, първичен
Хепатоцелуларен карцином
Хепатом
C22.1 Карцином на интрахепаталните жлъчни пътища
Холангиокарцином
C22.2 Хепатобластом
C22.3 Ангиосарком на черния дроб
Сарком на купферовите клетки
C22.4 Други саркоми на черния дроб
C22.7 Други уточнени карциноми на черния дроб
C23 Злокачествено новообразувание на жлъчния мехур

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на жлъчните пътища

Не включва: интрахепаталните жлъчни пътища (C22.1)

- C24.0** Екстрахепатални жлъчни канали
Жлъчни канали или протоци БДУ
Общ жлъчен канал
Мехурен канал
Хепатален канал
C24.1 Амбула на Vater
C24.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на жлъчните пътища
Злокачествено новообразувание, засягащо едновременно интрахепаталните и екстрахепаталните жлъчни канали
Злокачествено новообразувание на жлъчните пътища, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C22.0—C24.1
C24.9 Злокачествено новообразувание на жлъчните пътища, неуточнено

Злокачествено новообразувание на панкреаса

- C25.0** Глава на панкреаса
C25.1 Тяло на панкреаса
C25.2 Опашка на панкреаса
C25.3 Панкреатичен канал
C25.4 Ендокринна част на панкреаса

- Лангерхансови острови
- C25.7 Други части на панкреаса**
Шийна част на панкреаса
- C25.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на панкреаса**

Злокачествено новообразувание на храносмилателните органи с друга и неточно определена локализация

- C26.1 Далак**
Не включва: перитонеум и ретроперитонеум (C48.—)
- C26.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на храносмилателната система**
Злокачествено новообразувание на храносмилателните органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C15—C26.1
Не включва: кардио-езофагеалната област (C16.0)

Злокачествено новообразувание на ретроперитонеума и перитонеума

- Не включва:* сарком на Kaposi (C46.1)
мезотелиом (C45.—)
- C45.1 Мезотелиом**
- C48.0 Ретроперитонеум**
- C48.1 Уточнена част на перитонеума:**
Мезентериум
Мезоколон
Оментум
Перитонеум:
• париетален
• тазов
- C48.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ретроперитонеума и перитонеума**
- C78.6 Вторично злокачествено заболяване на ретроперитонеума и перитонеума**
Злокачествен асцит
- C78.7 Вторично злокачествено заболяване на черния дроб**

Доброкачествено новообразувание на други и неточно определени части на храносмилателната система

- D13.4 Черен дроб**
Интрахепатални жлъчни пътища
- D13.5 Екстрахепатални жлъчни пътища**
- D13.6 Панкреас**
Не включва: островни клетки на панкреаса (D13.7)
- D13.7 Ендокринна част на панкреаса**
Островноклетъчен тумор
Лангерхансови острови

Доброкачествено новообразувание на меката тъкан на ретроперитонеума и перитонеума

- Не включва:* доброкачествено липоматозно новообразувание на перитонеума и ретроперитонеума (D17.7)
мезотелиална тъкан (D19.—)
- D20.0 Ретроперитонеум**
- D20.1 Перитонеум**

Увреждания на перитонеума при инфекциозни болести, класифицирани другаде

- K67.3* Туберкулозен перитонит (A18.3†)**

Жлъчнокаменна болест [холелитиаза]

- K80.0 Камъни на жлъчния мехур с остър холецистит**

- K80.1 Камъни на жлъчния мехур с друг холецистит**
Всяко състояние, класифицирано в подрубриката K80.2, с холецистит (хроничен)
Холецистит с холелитиаза БДУ
- K80.3 Камъни на жлъчните пътища с холангит**
Всяко състояние, класифицирано в подрубриката K80.5, с холангит
- K80.4 Камъни на жлъчните пътища с холецистит**
Всяко състояние, класифицирано в подрубриката K80.5, с холецистит (с холангит)
- K80.5 Камъни на жлъчните пътища без холангит или холецистит**
Холедохолитиаза
Жлъчен камък на:
 - дуктус холедохус БДУ
 - общия проток
 - чернодробния проток
Чернодробна:
 - холелитиаза
 - колика (рецидивираща)
- K80.8 Други видове холелитиаза**
- неуточнени или без холангит или холецистит

Холецистит

Не **включва**: с холелитиаза (K80.—)

- K81.0 Остър холецистит**
без камъни
Абсцес на жлъчния мехур Ангиохолецистит Холецистит:
 - емфизематозен (остър)
 - гангренозен
 - гноен
Емпием на жлъчния мехур
Гангрена на жлъчния мехур)

Други болести на жлъчния мехур

Не включва: невизуализиране на жлъчния мехур при рентгеново изследване (R93.2)
постхолецистектомичен синдром (K91.5)

- K82.1 Хидропс на жлъчния мехур**
Мукоцеле на жлъчния мехур
- K82.4 Холестероза на жлъчния мехур**
“Ягодообразен” жлъчен мехур
- K82.8 Други уточнени болести на жлъчния мехур**
Сраствания
Атрофия
Киста
Дискинезия
Хипертрофия
Липса на функция
Язва
- на дуктус цистикус или на жлъчния мехур

Други болести на жлъчните пътища

Не включва: изброените състояния, включващи:

- жлъчния мехур (K81—K82)
- дуктус цистикус (K81—K82)

постхолецистектомичен синдром (K91.5)

- K83.0 Холангит**
Холангит:
 - БДУ
 - асцендентен
 - първичен
 - рецидивиращ
 - склерозиращ
 - вторичен
 - стенозиращ

- гноен

Не включва: холангитен абсцес на черния дроб (K75.0)
холангит с холедохолитиаза (K80.3—K80.4)
хроничен негноен деструктивен холангит (K74.3)

K83.1 Запушване на дуктус холедохус

Оклузия
Стеноза
Стриктурa } на дуктус холедохус без камъни

Не включва: с холелитиаза (K80.—)

K83.3 Фистула на дуктус холедохус

Холедоходуоденална фистула

K83.5 Жлъчна киста

K83.8 Други уточнени болести на жлъчните пътища

Сраствания
Атрофия
Хипертрофия
Язва } на жлъчните пътища

K85 Остър панкреатит

Абсцес на задстомашната жлеза

Некроза на задстомашната жлеза:

- остра
- инфекциозна
- Панкреатит:
- БДУ
- остър (рецидивиращ)
- хеморагичен
- подостър
- гноен

Други болести на задстомашната жлеза

Не включва: кистофиброза на задстомашната жлеза (E84.—)
тумор от островните клетки на задстомашната жлеза (D13.7)
панкреатична стеаторея (K90.3)

K86.1 Други хронични панкреатити

Хроничен панкреатит:

- БДУ
- инфекциозен
- рекурентен
- рецидивиращ

K86.2 Киста на задстомашната жлеза

K86.3 Псевдокиста на задстомашната жлеза

K86.8 Други уточнени болести на задстомашната жлеза

Атрофия
Камъни
Цироза
Фиброза } на задстомашната жлеза

На задстомашната жлеза:

- некроза:
- БДУ
- асептична
- мастна

Нарушена резорбция в червата

Не включва: дължаща се на хирургична намеса върху стомашночревния тракт (K91.2)

K90.3 Панкреатична стеаторея

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, неklasифицирани другаде

Не включва: гастрорейоанална язва (K28.—)

	<p>радиационен:</p> <ul style="list-style-type: none"> • колит (K52.0) • гастроентерит (K52.0) • проктит (K62.7)
K91.2	<p>Нарушение на резорбцията след хирургична намеса, неклассифицирано другаде</p> <p>Синдром на сляпата бримка след хирургична намеса</p> <p>Не включва: нарушение на резорбцията:</p> <ul style="list-style-type: none"> • остеомалация при възрастни (M83.2) • остеопороза след хирургични намеси (M81.3)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Панендоскопия	
30473-05	<p><i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия</p> <p>Панендоскопия до илеума</p> <p>Илеоскопия</p> <p>Йеюноскопия</p>
Панендоскопия с ексцизия	
30473-01	<p> Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } </p> <p><i>Включва:</i> двойно балонна ендоскопия</p> <p>Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия</p>
Рентгенография на стомашно-чревен тракт	
58909-00	<p><i>Не включва:</i> безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])</p> <p>Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум</p> <p>Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум</p> <p><i>Включва:</i> предварителен общ план</p> <p><i>Не включва:</i> контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])</p>
58915-00	<p>Контрастно изследване на тънки черва</p> <p>Серийно изследване на тънки черва</p> <p><i>Включва:</i> предварителен общ план</p> <p><i>Не включва:</i> такава на дуоденум (58909 [1975])</p>
58921-00	<p>Друга контрастна клизма</p> <p><i>Включва:</i> изследване с въздушен контраст</p> <p>предварителен общ план</p>
Компютърна томография на корем	
56401-00	<p><i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])</p> <p>при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963]) <p>Компютърна томография на корем</p>
Друг ултразвук	

30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: <ul style="list-style-type: none"> • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-02	Магнитно резонансна томография – холангиография
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания	
	<i>Не включва:</i> гастроинтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])
11800-00	Тест за моторика на хранопровод Манометричен мотилитетен тест на хранопровод
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
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
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
Морфологични изследвания	
91938-00	Цитологично изследване на асцитна течност
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум	
30406-00	Абдоминална парацентеза
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва	
31462-00	<i>Включва:</i> двойно-балонна ентероскопия Поставяне на йеюностомна тръба за хранене
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители • Dextran • Rheomacrodex
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противинфекциозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване:

Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02; 96199-00 и 96199-09 или 96200-09/96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

При лица до 18 годишна възраст клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три диагностични процедури и две терапевтични

процедури, от които едната задължително е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09. Процедура 11700-00 не се изисква за пациенти под 18 год. възраст.

Основна процедура 92191-00 и 92191-00 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски и ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Клиничната пътека се счита за завършена при заболявания на жлъчния мехур само при приложена снимка от ехографското изследване, документиращо жлъчното заболяване.

При заболявания на жлъчния мехур КП се отчита с четири диагностични процедури с кодове, посочени в блок 1932; с кодове, посочени в блок 1923 и блок 1924; 11700-00 и една процедура от образна диагностика, като ендоскопска процедура не е необходима.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинска специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата

на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия (Ендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия – за лица под 18 години)
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология
Структура за образна диагностика

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или

лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекари със специалност по образна диагностика – минимум двама .

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ или един специалист по конвенционална ехография и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при:

- болни със спешни състояния, с изразени отклонения в жизненоважни функции и системи или отклонения в биохимичните показатели, изискващи спешни реанимационни мероприятия;

- болни с изразен анемичен синдром, доказан лабораторно; болков или друг синдром, жълтеница с предполагаем произход от заболяване на ХБС, панкреаса, перитонеума;

- заболявания на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса в детската възраст.

Диагностика и диференциална диагноза на онкологично заболяване на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с:

- комплекс от клинични симптоми и лабораторно или инструментално установени отклонения с предполагаем произход от хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума без данни за бърза прогресия - за диагностично уточняване и лечение в болнични условия; след приключване на лечебно-диагностичния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ;

- болни с известно заболяване на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума, провеждащи амбулаторно лечение без добър терапевтичен ефект.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията. Контролно образно изследване при дехоспитализация – по преценка.

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1. Клинично – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания):

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ);

- клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кръвна захар, креатинин, урея, амилаза, липаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, Ca, P, липиди, по показания - КГА, С-реактивен протеин, туморни маркери (алфа-ФП, СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.), други;

- хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания -

АПТТ (пТПВ/ККВ), други;

- пълно изследване на урина.
- 2. Кръвна група – по показания.
- 3. Рентгенография на бял дроб и сърце – по показания.
- 4. ЕКГ.
- 5. Ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.
- 6. Други изобразителни изследвания - при показания:
 - КТ и/или МРТ - на корем;
 - обзорна или контрастна рентгенография на ГИТ.
- 7. Стандартно ендоскопско изследване на горния ГИТ и областта на papilla Vateri или място на инфилтрация, с или без ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология - при показания.
- 8. Стандартна парацентеза с биохимично и цитологично изследване на пунктат – диагностична или терапевтична - при показания.
- 9. Допълнителни изследвания - при показания:
 - микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали), имунологични и други изследвания.

При диагностициране на рак на ХБС, панкреаса и перитонеум е задължително извършването на предоперативно определяне на стадия на разпространение на тумора, включващо следните изследвания:

При показания:

- ехография/КТ на малък таз; иригография или долна ендоскопия; КТ на бял дроб и медиастиnum, главен мозък, кости, малък таз; очни дъна; сцинтиграфия на кости; консултация с друг специалист.

Решение за по-нататъшното поведение при диагностициран рак се взема съвместно от гастроентеролог, хирург, патолог, химио- и лъчетерапевт, а при показания и друг специалист (онкологичен комитет). Ако болният подлежи на оперативно лечение, лъче- и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на отклонения в жизненоважни функции, анемия, коагулационни нарушения, хипоалбуминемия, придружаващи заболявания и други по индикации;
- лечение на основното заболяване и неговите усложнения - хепатопротектори, кортикостероиди, антибиотици, протеазни инхибитори, H2-блокери, ИПП, холеретици, УДХК, кръвоспиращи, соматостатин и аналози, заместителна терапия с ензимни препарати, спазмолитици, обезболяващи, наркотични и ненаркотични средства и други при показания;
- сондово/ентерално/парентерално хранене;
- други терапевтични процедури – промивка през сонда или перкутанна ендоскопска гастро-ентеростомия.

Терапевтична парацентеза – при показания.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения се обсъжда **оперативно лечение**.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след извършване на комплекс от лабораторни и инструментални изследвания съответни за заболяването.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза, според алгоритъма;
- добро клинично състояние на пациента;
- стабилизиране и корекция на отклоненията на жизнени параметри и данните от лабораторния анализ, спрямо стойностите при хоспитализацията;
- контролно образно изследване при констатирани патологични промени при първото изследване, които е възможно да бъдат повлияни от проведеното лечение;
- за възпалителни заболявания на жлъчния мехур - позитивна ехографска находка или позитивна находка от друго образно изследване.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикриза. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата; вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора на дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул.

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол:

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кръвене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 75 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА
ДЕКОМПЕНСИРАНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
(ЦИРОЗА)**

**КП № 75.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА
ДЕКОМПЕНСИРАНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
(ЦИРОЗА) ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ**

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I81 Тромбоза на порталната вена

Портална (венозна) обструкция

Не включва: флебит на порталната вена (K75.1)

Емболия и тромбоза на други вени

Не включва: венозна емболия и тромбоза:

- мозъчна (I63.6, I67.6)
- коронарна (I21—I25)
- интракраниална и интраспинална, септична или БДУ (G08)
- интракраниална, непиогенна (I67.6)
- интраспинална, непиогенна (G95.1)
- долни крайници (I80.—)
- мезентериална (K55.0)
- портална (I81)
- белодробна (I26.—)
- усложняваща:
 - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
 - бременност, раждане и послеродов период (O22.—, O87.—)

I82.0 Синдром на Budd-Chiari

Алкохолна болест на черния дроб

K70.3 Алкохолна цироза на черния дроб

K70.4 Алкохолна чернодробна недостатъчност

Токсично увреждане на черния дроб

Включва: лекарствена:

- идиосинкратична (непредсказуема) болест на черния дроб
- токсична (предсказуема) болест на черния дроб

При необходимост от идентифициране на токсичния агент се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
синдром на Budd-Chiari (I82.0)

K71.7 Токсично увреждане на черния дроб с фиброза и цироза на черния дроб

Чернодробна недостатъчност, неklasифицирана другаде

Включва: чернодробна:

- кома БДУ
- енцефалопатия БДУ

хепатит:

- остър
- фулминантен
- злокачествен

} НКД, с чернодробна недостатъчност

некроза на черния дроб (клетъчна) с чернодробна недостатъчност
жълта чернодробна атрофия или дистрофия
алкохолна чернодробна недостатъчност (K70.4)
чернодробна недостатъчност, усложняваща:

Не включва:

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
 - бременност, раждане и последродов период (O26.6)
- жълтеница на плода и новороденото (P55—P59)
 вирусен хепатит (B15—B19)
 с токсично чернодробно увреждане (K71.1)

K72.0 Остра или подостра чернодробна недостатъчност

K72.1 Хронична чернодробна недостатъчност

Фиброза и цироза на черния дроб

Не включва:

- алкохолна фиброза на черния дроб (K70.2)
- кардиачна склероза на черния дроб (K76.1)
- цироза (на черния дроб):
 - алкохолна (K70.3)
 - вродена (P78.8)
 - с токсично увреждане на черния дроб (K71.7)

K74.3 Първична билиарна цироза

Хроничен негноен деструктивен холангит

K74.4 Вторична билиарна цироза

K74.5 Билиарна цироза, неуточнена

K74.6 Друга и неуточнена цироза на черния дроб

Цироза (на черния дроб):

- БДУ
- криптогенна
- макронодуларна
- микронодуларна
- смесен тип
- портална
- постнекротична

K75.1 Флебит на вена порте

Пилефлебит

Не включва:

пилефлебичен чернодробен абсцес (K75.0)

Други болести на черния дроб

Не включва:

- алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
- амилоидна дегенерация на черния дроб (E85.—)
- кистозна болест на черния дроб (вродена) (Q44.6)
- тромбоза на чернодробната вена (I82.0)
- хепатомегалия БДУ (R16.0)
- тромбоза на вена порте (I81)
- токсично увреждане на черния дроб (K71.—)

K76.6 Портална хипертония

K76.7 Хепаторенален синдром

Не включва:

съпровождащ раждане (O90.4)

Z94.4 Наличие на трансплантиран черен дроб

R18 Асцит

Този код се отчита само като втори код и придружава кода на основната диагноза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
 Гъвкава езофагоскопия

Не включва: такава с:

	<ul style="list-style-type: none"> • биопсия (30473-04 [861]) • изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])
Панендоскопия	
30473-00	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Панендоскопия до дуоденума Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD]
30473-02	Панендоскопия през изкуствена стома Гастроскопия през изкуствена стома Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома <i>Не включва:</i> дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891]) ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])
30473-05	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Панендоскопия до илеума Илеоскопия Йеюноскопия
Панендоскопия с ексцизия	
30473-01	Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } <i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия
Фиброоптична колоноскопия	
32090-00	Колоноскопия през артифициална стома Фиброоптична колоноскопия до цекума Дълга колоноскопия <i>Включва:</i> оглед на илеума <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
32084-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика Гъвкава сигмоидоскопия Къса колоноскопия <i>Не включва:</i> тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум	
30406-00	Абдоминална парацентеза
Рентгенография на стомашно-чревен тракт	
58909-00	<i>Не включва:</i> безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977]) Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум <i>Включва:</i> предварителен общ план <i>Не включва:</i> контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

58921-00	<p><i>Не включва:</i> безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])</p> <p>Друга контрастна клизма</p> <p><i>Включва:</i> изследване с въздушен контраст предварителен общ план</p>
Компютърна томография на корем	
56401-00	<p><i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук
	Ултразвук, съвместно с ендоскопия
30669-00	Еластография
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	<p>Ултразвук на корем</p> <p><i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</p>
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55276-00	<p><i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ</p> <p><i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])</p> <p>Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени</p> <p><i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</p>
55278-00	<p>Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове</p> <p><i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <p><i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</p>
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-02	Магнитно резонансна томография – холангиография
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината
	Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	<p>Друга електрокардиография [ЕКГ]</p> <p><i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода</p>

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
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91904-00	Изследване на Лактатдехидрогеназа (LDH)
Морфологични изследвания	
91930-07	Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
91938-00	Цитологично изследване на асцитна течност
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други инцизионни процедури на вени	
13757-00	Терапевтична венесекция
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум

	Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

	Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
	хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])
	<i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент <i>Виж допълнителни знаци</i>

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, противоинокциозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

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:

- Първата 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- Втората включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“;
- Третата - 11700-00 - ЕКГ;
- Четвъртата включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“ като 91910-20 и 91904-00 не са задължителни и една терапевтична процедура.

- Процедура 91938-00 се извършва задължително като пета процедура при коремна пункция 30406-00 при наличие на асцит.

1. При отчитане на клиничната пътека с процедура 91938-00, задължително се отчита и един или повече от следните кодове, посочени в блок 1923 и блок 1924: 91910-04, 91910-05, 91910-17, 91910-18, 91910-20.

2. Терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

3. Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени снимка от ехография, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока (91910-20 и 91904-00 не са задължителни) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия (Ендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия – за лица под 18 години)
6. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория- на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Консумативи за екстракорпорална депурация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
---	------------------------------------

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение (независимо от срока на предходното лечение) при пациенти със:

- остро настъпила чернодробна недостатъчност;
- изразена чернодробна/портална енцефалопатия/кома;
- клиничко-лабораторни и обективни данни за прогресивна жълтеница;
- всички пациенти с оточно-асцитен синдром (аназарка) или съмнение за рефрактерен асцит, хепаторенален синдром или спонтанен бактериален перитонит - рязко намаляване или спиране на диурезата при болен с асцит;
- олигурия/анурия;
- чернодробно заболяване/цироза с нестабилна хемодинамика, електролитни нарушения, дехидратация, фебрилитет;
- чернодробно заболяване/цироза с бързо настъпили коагулационни нарушения;
- бързо нарастване на серумните аминотрансфери (2 пъти увеличение над референтната граница);
- необходимост от спешни реанимационни мероприятия, корекция на метаболитни и водно-електролитни нарушения, жизненоважни функции, тежък анемичен синдром.

Диагностика и лечение при пациенти със:

- чернодробна цироза и жълтеница или друго нарушение в чернодробните функции, с документирано нарастване на серумните аминотрансфери; цироза клас В и С по Child класификацията;
- всички пациенти с първа поява на асцит;
- чернодробна цироза и асцит, при които не се постига компенсация от проведена амбулаторна терапия, труден за лечение асцит - нарастване на теглото, коремната обиколка и/или дихателния дискомфорт;
- чернодробна цироза и съмнение или белези за чернодробна/портална енцефалопатия;
- новооткрита декомпенсация на чернодробната цироза;
- цироза с усложнения;
- цироза с първичен рак на черния дроб, при който основното лечение е това на чернодробната цироза;
- клинични и лабораторни данни и/или промени в черния дроб при изобразителните изследвания, съмнителни за хронично чернодробно заболяване;
- чернодробно заболяване и жълтеница, нарастване на серумните аминотрансфери или други нарушения в чернодробните функции;
- чернодробно заболяване, при което не се постига задоволителен терапевтичен ефект при амбулаторно проведена терапия;
- декомпенсирана чернодробна цироза включва цироза клас В и С по Child-Pugh класификацията и усложнената цироза - цироза с изразена жълтеница, асцит, енцефалопатия, кръвоизлив от варици на хранопровода, хепаторенален синдром (понастоящем или в миналото).

Класификация на пациентите с чернодробна цироза по Child-Pugh

Child-Pugh класификация	A	B	C
Билирубин $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	Под 34 (2.0)	35-51 (2.0-3.0)	Над 51(3.0)

Албумин g/l (g/dl)	Над 35(3,5)	35-28(3,5-2,8)	Под 28(2,8)
Протромбинов индекс или Протромбиново време или INR	Над 70% от 1 –4 sec под 1.6	70-40% 4-6 sec 1.6 – 2.0	Под 40 % над 6 sec над 2.0
Асцит	Липсва	Лесно се контролира	Трудно се поддава на контрол
Енцефалопатия	Липсва	дискретна	Изразена
Брой точки	1	2	3

Клас А – общ сбор – 5-6 точки;

Клас В – общ сбор – 7-9 точки;

Клас С – общ сбор – 10-15 точки

Модифициран скор на Child-Pugh за холестатични чернодробни болести (ПБЦ)

Child-Pugh класификация	А	В	С
Билирубин $\mu\text{mol/l}$	17-67	68-169	Над 170
Албумин g/l	Над 35	35-28	Под 28
Протромбинов индекс %	Над 70%	70-40 %	Под 40 %
Асцит	Липсва	Лесно се контролира	Трудно се поддава на контрол
Енцефалопатия	Липсва	дискретна	Изразена
Брой точки	1	2	3

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост от провеждане на КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Диагнозата е комплексна и включва:

Анамнеза и физикално изследване.

Лабораторни изследвания:

- хематологични показатели - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ;

- биохимични изследвания – АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, общ белтък, албумин, общ и директен билирубин; кръвна захар, креатинин, урея, електролити (K, Na, Cl), газов анализ – при показания и други, например протеинограма, имуноглобулини, автоантитела, Са, Р, АКР, α -фетопротеин, ЛДХ, амилаза, липиди;

- хемостаза (фибриноген, протромбиново време/индекс/INR, АПТТ/ пТПВ/ККВ), фибриноген, други – по индикации;

- урина – общо изследване; при показания - определяне на натриурезата или белтък в 24-часова урина.

Изследване на асцитна течност:

- биохимично – общ белтък, албумин, захар, ЛДХ, холестерол, амилаза;
- брой левкоцити/общ брой клетки, брой сегментоядрени левкоцити (PMN), еритроцити;

- цитологично изследване;

- при показания - оцветяване по Gram или Zeel-Nielsen, микробиологично – аеробна и/или анаеробна култура, гъби.

Урокултура, хемокултура и други микробиологични и паразитологични изследвания- при клинични данни за инфекция.

Креатининов клирънс, осмоларитет на урината или плазмата.

Инструментални изследвания:

- ехография на коремни органи, по възможност и показания - с доплерово изследване;

- езофагогастроскопия или контрастна рентгенография на хранопровода и стомаха (алтернативен метод) или други отдели на ГИТ.

Други инструментални изследвания:

- КТ на коремни органи, мозък, ЕЕГ, МРТ – при индикации.

Други допълнителни инструментални и функционални изследвания - при показания.

Етиологична диагноза – Hbs Ag, Anti HCV, anti HDV и други вирусни маркери, автоантитела, серумно желязо, ЖСК, феритин, церулоплазмин, куприурия, алфа1-глобулин, порфирины и други.

Консултации – при индикации.

Провеждане на етиологично и базисно лечение на хроничното чернодробно заболяване (по индикации) – противовирусни средства, кортикостероиди, имunosупресори, D-penicillamin, UDCA, хепатопротектори, витамини, глюкозни разтвори, кръвопускане и други.

Провеждане на лечение на усложненията на чернодробната цироза, ентерално хранене, корекция на клинични и биохимични отклонения, общи реанимационни мероприятия (според консенсусните решения на БНДГЕ).

Портална хипертония - варици на хранопровода, варици на стомаха и хипертензивна гастропатия.

1. При индикации - **първична профилактика** на кръвоизлива от варици на хранопровода – с цел да се предпази или отложи първият епизод на кървене.

Терапия с неселективен бета-блокатор до постигане на β -блокада.

2. В случаи на контраиндикация или непонасяне на неселективен бета-блокатор, ендоскопското връзково лигиране на вариците на хранопровода е метод на избор.

Вторичната профилактика цели да предотврати повторното кървене от варици на хранопровода.

Тя включва:

1. Първи избор е ендоскопско връзково лигиране на вариците на хранопровода. За постигане на успешно унищожаване на вариците болните трябва да бъдат ендоскопирани на всеки 3 месеца в началото и на 6 месечни интервали в последствие. В случай на рецидив трябва да се лекуват до пълното им изчезване.

2. Ендоскопско склерозиране на вариците.

- до ендоскопско склерозиране на вариците на хранопровода се прибегва когато ЕВЛ не може да се осъществи;

- видът на склерозиращото вещество може да се различава в различните центрове;

- интервалите за лечение не се различават от тези при лигирането на вариците.

3. Неселективен β -блокатор с или без ендоскопско лечение на вариците на хранопровода.

- прилага се както комбинация от неселективен β -блокатор и ендоскопско лечение на вариците, така и само β – блокатор;

- когато се прилага само неселективен β – блокатор се препоръчва контрол на HVPG (чернодробен градиент на венозно налагане) с поддържане на неговото ниво под 12 мм Hg.

Лечение на неусложнен асцит - асцит без белези за инфекция на асцитната течност или наличие на хепаторенален синдром.

Включва:

I. Базисна терапия.

Постелен режим – най-добър ефект при болни с нарушена бъбречна функция или лош отговор на диуретичното лечение. Намаление на приема на готварска сол – 3 г/дневно. Намаление на приема на течности – 500 - 1000 мл/дневно. Подобряване на чернодробните функции.

II. Диуретична терапия - стъпаловидно – започва се с ниска доза, която при липса на ефект се повишава през няколко дни, а при необходимост се включва и втори диуретик.

Цел: намаление на телесното тегло с 1000 г дневно, при наличие на периферни отоци – до 2000 дневно.

- калий-съхраняващ диуретик – средство на първи избор;
- бримков диуретик. Задължителен контрол на натрий и калий!

Поведение при липса на отговор на терапията:

- търсене на фактори, намаляващи действието на диуретиците;
- терапевтична парацентеза с вливане на 20% Human albumin;
- корекция на електролитен дисбаланс – хипокалиемия, хиперкалиемия, хипонатриемия.

Рефрактерен асцит (асцитът, който не се повлиява или не може да бъде ефективно контролиран, или рецидивира скоро или често след интензивна лекарствена терапия).

Стандартна терапия – парацентеза по показания с едновременно приложение на интравенозен 20% Human albumin в доза 1-2 г/кг тегло.

Спонтанен бактериален перитонит (СБП) е инфекция на перитонеалната кухина (на асцита) при болни с цироза и асцит при липса на явен източник на инфекция, като абдоминален абсцес или чревна перфорация.

Диагностични критерии:

- левкоцити > 500/ml асцитна течност, PMN > 250/ ml асцитна течност или 250/mm³; положителен резултат при оцветяване по Грам или положителна култура от асцитна течност;
- симптоми, съмнителни за СБП и ниско количество белтък в асцитната течност (<10g/l);

Лечение:

Незабавно се започва емпирична парентерална антибиотична терапия.

При пациенти с т. нар. некомплицирани СБП/нормален серумен креатинин и липса на всеки от следните критерии: 1. стомашно-чревен кръвоизлив; 2. енцефалопатия –II-IV стадий; 3. илеус; 4. септичен шок (може да се започне директно перорална терапия).

Хепаторенален синдром (ХРС) - бързо прогресираща функционална бъбречна недостатъчност или по-продължително влошаване на бъбречната функция.

Поведение при болни с ХРС: проследяват се кръвно налягане и пулс с монитор; сол под 4.0; приема на течности до 1 литър за 24 часа. Корекция на калиемия, АКР.

Спират се нефротоксични медикаменти, вкл. Gentamicini sulfas и НСПВС; при хиперкалиемия - калий-съхраняващи диуретици. Спират се бримковите диуретици при липса на ефект от максимална дозировка.

Хемодиализа се прилага само при болни с уремия или при заплашващи живота критични състояния, като остър белодробен оток.

Медикаментозна терапия

- вазоконстрикторни медикаменти + Human albumin в доза 1 грам/ кг през I-ия ден, след което по 20 - 40 грама дневно;

- инфузията с хуман - албумин се прекратява при нарастване на централното венозно налягане над 18 cm H₂O. Вазоконстрикторният медикамент и хуман - албуминът се прилагат до излизане от ХРС - спадането на серумния креатинин под 133 микромола на литър или максимум за 15 дни;

- при болни с I-ви тип ХРС може да се опита комбинирано приложение на соматостатин и аналози. Тази терапия може да се комбинира с прилагане на 20- 40 грама Хуман - албумин дневно.

Чернодробната енцефалопатия е нарушение във функцията на централната нервна система в резултат от остра или хронична чернодробна недостатъчност. Характеризира се с широк спектър от нервни-психични прояви – от леки промени в съзнанието до дълбока кома, които са потенциално обратими.

Поведение при пациенти с клинично изявена чернодробна цироза (стадий 1 до 4). Активното търсене и лечение на всички преципитиращи фактори, които могат да доведат до развитието на чернодробна енцефалопатия – азотемия, седатива, транквилизатори, аналгетици; гастроинтестинален кръвоизлив, повишен внос на белтъци, метаболитна алкалоза, инфекция, констипация, тромбоза на порталната вена, оперативни интервенции при циротици, шънтове - спонтанни и оперативни.

Лечение на чернодробната енцефалопатия

Остра енцефалопатия

Диета - ограничение на приема на белтък - 0,5г/кг/ден; пълно изключване на белтъчния внос за 1-3 дни при стомашно-чревен кръвоизлив. Калориен внос – чрез глюкозни вливания постепенно покачване на белтъчния внос, за да се определи поносимостта - цел: 1-1,5 г/кг/дневно. Използват се растителни и млечни белтъци. Храненето се извършва перорално, при невъзможност през назо-гастрална сонда.

Намаляване на продукцията на амоняк от червата - високи почистващи клизми; лаксативи (перорално или чрез сонда – MgSO₄), иригация с течности перорално; намаляване на NH₃-продуциращата чревна флора - лактулоза (средство на първи избор) - пер ос или през сонда 100 мл, след което 3x10 - 50 мл или – първа доза 45 мл, след което същата доза на час до поява на изхождане, след това 3x10-50мл; клизма (при кома) - 300 мл в 1 л вода и задържане на разтвора поне 1 час; цел: 2 - 3 кашави изхождания дневно.

Нерезорбируеми антибиотици.

Други терапевтични възможности – бензодиазепинов антагонист (при пациенти с ЧЕ, причинена от бензодиазепини); разклонени аминокиселини (доза до 40 g/d) – при липса на ефект от горните мероприятия и при лоша поносимост към алиментарен внос на белтък; L- Ornithine-L-Aspartate (доза 20 – 40g/d i.v.) – при пациенти без бъбречна недостатъчност и липса на ефект от горните мерки в III-IV стадий ЧЕ.

Рекурентна и хронична чернодробна енцефалопатия

Избягване и превенция на преципитиращите фактори. Хранене – белтъчен внос до 1 - 1,5 г/кг/дневно за сметка на растителни и млечни белтъци. Лактулоза – цел 2-3 кашави изхождания дневно.

Антибиотици – само при болни, при които липсва ефект от лактулозата. Необходимо е строго бъбречно, неврологично и отологично мониториране.

L -Ornithine-L-Aspartate (18g/дн p.o) – при липса на ефект от горните мерки, трябва да се следи бъбречната функция.

При всички болни с чернодробна цироза, без данни за явна енцефалопатия, е необходимо извършването на стандартните психометрични тестове. Изследването трябва да се повтаря на всеки 6 месеца.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След лабораторни, ехографски и/или други образни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение,
- документирано подобряване на променените параметри и усложнения при хронично чернодробно заболяване, които е възможно да бъдат повлияни до края на болничния престой;
- благоприятно развитие на клиничната симптоматика: портална хипертония; асцит; енцефалопатия; хепаторенален синдром; иктер.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването"*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата; вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора на дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол,

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кървене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия общопрактикуващ лекар или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 75 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА
ДЕКОМПЕНСИРАНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
(ЦИРОЗА)**

**КП № 75.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА
ДЕКОМПЕНСИРАНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
(ЦИРОЗА) ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ**

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I81 Тромбоза на порталната вена

Портална (венозна) обструкция

Не включва: флебит на порталната вена (K75.1)

Емболия и тромбоза на други вени

Не включва: венозна емболия и тромбоза:

- мозъчна (I63.6, I67.6)
- коронарна (I21—I25)
- интракраниална и интраспинална, септична или БДУ (G08)
- интракраниална, непиогенна (I67.6)
- интраспинална, непиогенна (G95.1)
- долни крайници (I80.—)
- мезентериална (K55.0)
- портална (I81)
- белодробна (I26.—)
- усложняваща:
 - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
 - бременност, раждане и послеродов период (O22.—, O87.—)

I82.0 Синдром на Budd-Chiari

Алкохолна болест на черния дроб

K70.3 Алкохолна цироза на черния дроб

K70.4 Алкохолна чернодробна недостатъчност

Токсично увреждане на черния дроб

Включва: лекарствена:

- идиосинкратична (непредсказуема) болест на черния дроб
- токсична (предсказуема) болест на черния дроб

При необходимост от идентифициране на токсичния агент се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
синдром на Budd-Chiari (I82.0)

K71.7 Токсично увреждане на черния дроб с фиброза и цироза на черния дроб

Чернодробна недостатъчност, неklasифицирана другаде

Включва: чернодробна:

- кома БДУ
- енцефалопатия БДУ

хепатит:

- остър
- фулминантен
- злокачествен

} НКД, с чернодробна недостатъчност

некроза на черния дроб (клетъчна) с чернодробна недостатъчност
жълта чернодробна атрофия или дистрофия
алкохолна чернодробна недостатъчност (K70.4)
чернодробна недостатъчност, усложняваща:

Не включва:

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
 - бременност, раждане и последродов период (O26.6)
- жълтеница на плода и новороденото (P55—P59)
 вирусен хепатит (B15—B19)
 с токсично чернодробно увреждане (K71.1)

K72.0 Остра или подостра чернодробна недостатъчност

K72.1 Хронична чернодробна недостатъчност

Фиброза и цироза на черния дроб

Не включва:

- алкохолна фиброза на черния дроб (K70.2)
- кардиачна склероза на черния дроб (K76.1)
- цироза (на черния дроб):
 - алкохолна (K70.3)
 - вродена (P78.8)
 - с токсично увреждане на черния дроб (K71.7)

K74.3 Първична билиарна цироза

Хроничен негноен деструктивен холангит

K74.4 Вторична билиарна цироза

K74.5 Билиарна цироза, неуточнена

K74.6 Друга и неуточнена цироза на черния дроб

Цироза (на черния дроб):

- БДУ
- криптогенна
- макронодуларна
- микронодуларна
- смесен тип
- портална
- постнекротична

K75.1 Флебит на вена порте

Пилефлебит

Не включва:

пилефлебичен чернодробен абсцес (K75.0)

Други болести на черния дроб

Не включва:

- алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
- амилоидна дегенерация на черния дроб (E85.—)
- кистозна болест на черния дроб (вродена) (Q44.6)
- тромбоза на чернодробната вена (I82.0)
- хепатомегалия БДУ (R16.0)
- тромбоза на вена порте (I81)
- токсично увреждане на черния дроб (K71.—)

K76.6 Портална хипертония

K76.7 Хепаторенален синдром

Не включва:

съпровождащ раждане (O90.4)

Z94.4 Наличие на трансплантиран черен дроб

R18 Асцит

Този код се отчита само като втори код и придружава кода на основната диагноза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
 Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:

	<ul style="list-style-type: none"> • биопсия (30473-04 [861]) • изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])
Панендоскопия	
30473-00	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Панендоскопия до дуоденума Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD]
30473-02	Панендоскопия през изкуствена стома Гастроскопия през изкуствена стома Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома <i>Не включва:</i> дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891]) ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])
30473-05	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Панендоскопия до илеума Илеоскопия Йеюноскопия
Панендоскопия с ексцизия	
30473-01	Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } <i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия
Фиброоптична колоноскопия	
32090-00	Колоноскопия през артифициална стома Фиброоптична колоноскопия до цекума Дълга колоноскопия <i>Включва:</i> оглед на илеума <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
32084-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика Гъвкава сигмоидоскопия Къса колоноскопия <i>Не включва:</i> тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум	
30406-00	Абдоминална парацентеза
Рентгенография на стомашно-чревен тракт	
58909-00	<i>Не включва:</i> безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977]) Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум <i>Включва:</i> предварителен общ план <i>Не включва:</i> контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])
58921-00	<i>Не включва:</i> безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977]) Друга контрастна клизма

	<i>Включва:</i> изследване с въздушен контраст предварителен общ план
Компютърна томография на корем	
	<i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
30669-00	Еластография
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: <ul style="list-style-type: none"> • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-02	Магнитно резонансна томография – холангиография
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
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

91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91904-00	Изследване на Лактатдехидрогеназа (LDH)
Морфологични изследвания	
91930-07	Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
91938-00	Цитологично изследване на асцитна течност
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други инцизионни процедури на вени	
13757-00	Терапевтична венесекция
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер

	<p>Разреждане на кръвта</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители
92064-00	<p>Приложение на друг кръвен продукт</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити
Приложение на фармакотерапия	
	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, противоиноктозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

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:

- Първата 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- Втората включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“);
- Третата 11700-00 ЕКГ;
- Четвъртата включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“ като 91910-20 и 91904-00 не са задължителни) и една терапевтична процедура.

- Процедура 11700-00 - ЕКГ не се изисква за лица под 18 години.

- Процедура 91938-00 се извършва задължително като пета процедура при коремна пункция 30406-00 при наличие на асцит.

1. При отчитане на клиничната пътека с процедура 91938-00, задължително се отчита и един или повече от следните кодове, посочени в блок 1923 и блок 1924: 91910-04, 91910-05, 91910-17, 91910-18, 91910-20.

2. Терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

3. Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени снимка от ехография, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока (91910-20 и 91904-00 не са задължителни) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинска специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия (Ендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия – за лица под 18 години)
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория- на територията на областта
3. Структура по Образна диагностика

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Консумативи за екстракорпорална депурация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
---	------------------------------------

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или

лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение (независимо от срока на предходното лечение) при пациенти със:

- остро настъпила чернодробна недостатъчност;
- изразена чернодробна/портална енцефалопатия/кома;
- клиничко-лабораторни и обективни данни за прогресивна жълтеница;
- всички пациенти с оточно-асцитен синдром (аназарка) или съмнение за рефрактерен асцит, хепаторенален синдром или спонтанен бактериален перитонит - рязко намаляване или спиране на диурезата при болен с асцит;
- олигурия/анурия;
- чернодробно заболяване/цироза с нестабилна хемодинамика, електролитни нарушения, дехидратация, фебрилитет;
- чернодробно заболяване/цироза с бързо настъпили коагулационни нарушения;
- бързо нарастване на серумните аминотрансферази (2 пъти увеличение над референтната граница);
- необходимост от спешни реанимационни мероприятия, корекция на метаболитни и водно-електролитни нарушения, жизненоважни функции, тежък анемичен синдром.

Диагностика и лечение при пациенти със:

- чернодробна цирроза и жълтеница или друго нарушение в чернодробните функции, с документирано нарастване на серумните аминотрансферази; цирроза клас В и С по Child класификацията;
- всички пациенти с първа поява на асцит;
- чернодробна цирроза и асцит, при които не се постига компенсация от проведена амбулаторна терапия, труден за лечение асцит - нарастване на теглото, коремната обиколка и/или дихателния дискомфорт;
- чернодробна цирроза и съмнение или белези за чернодробна/портална енцефалопатия;
- новооткрита декомпенсация на чернодробната цирроза;
- цирроза с усложнения;
- цирроза с първичен рак на черния дроб, при който основното лечение е това на чернодробната цирроза;
- клинични и лабораторни данни и/или промени в черния дроб при изобразителните изследвания, съмнителни за хронично чернодробно заболяване;
- чернодробно заболяване и жълтеница, нарастване на серумните аминотрансферази или други нарушения в чернодробните функции;
- чернодробно заболяване, при което не се постига задоволителен терапевтичен ефект при амбулаторно проведена терапия;

- декомпенсирана чернодробна цироза включва цироза клас В и С по Child-Pugh класификацията и усложнената цироза - цироза с изразена жълтеница, асцит, енцефалопатия, кръвоизлив от варици на хранопровода, хепаторенален синдром (понастоящем или в миналото).

Класификация на пациентите с чернодробна цироза по Child-Pugh

Child-Pugh класификация	А	В	С
Билирубин $\mu\text{mol/l}$ (mg/dl)	Под 34 (2.0)	35-51 (2.0-3.0)	Над 51(3,0)
Албумин g/l (g/dl)	Над 35(3,5)	35-28(3,5-2,8)	Под 28(2,8)
Протромбинов индекс или Протромбиново време или INR	Над 70% от 1 –4 sec под 1.6	70-40% 4-6 sec 1.6 – 2.0	Под 40 % над 6 sec над 2.0
Асцит	Липсва	Лесно се контролира	Трудно се поддава на контрол
Енцефалопатия	Липсва	дискретна	Изразена
Брой точки	1	2	3

Клас А – общ сбор – 5-6 точки;

Клас В – общ сбор – 7-9 точки;

Клас С – общ сбор – 10-15 точки

Модифициран скор на Child-Pugh за холестатични чернодробни болести (ПБЦ)

Child-Pugh класификация	А	В	С
Билирубин $\mu\text{mol/l}$	17-67	68-169	Над 170
Албумин g/l	Над 35	35-28	Под 28
Протромбинов индекс %	Над 70%	70-40 %	Под 40 %
Асцит	Липсва	Лесно се контролира	Трудно се поддава на контрол
Енцефалопатия	Липсва	дискретна	Изразена
Брой точки	1	2	3

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост от провеждане на КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Диагнозата е комплексна и включва:

Анамнеза и физикално изследване.

Лабораторни изследвания:

- хематологични показатели - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ;

- биохимични изследвания – АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, общ белтък, албумин, общ и директен билирубин; кръвна захар, креатинин, урея, електролити (K, Na, Cl), газове

анализ – при показания и други, например протеинограма, имуноглобулини, автоантитела, Са, Р, АКР, α -фетопротеин, ЛДХ, амилаза, липиди;

- хемостаза (фибриноген, протромбиново време/индекс/INR, АПТТ/ пТПВ/ККВ), фибриноген, други – по индикации;

- урина – общо изследване; при показания - определяне на натриурезата или белтък в 24-часова урина.

Изследване на асцитна течност:

- биохимично – общ белтък, албумин, захар, ЛДХ, холестерол, амилаза;

- брой левкоцити/общ брой клетки, брой сегментоядрени левкоцити (PMN), еритроцити;

- цитологично изследване;

- при показания - оцветяване по Gram или Zeel-Nielsen, микробиологично – аеробна и/или анаеробна култура, гъби.

Урокултура, хемокултура и други микробиологични и паразитологични изследвания- при клинични данни за инфекция.

Креатининов клирънс, осмоларитет на урината или плазмата.

Инструментални изследвания:

- ехография на коремни органи, по възможност и показания - с доплерово изследване;

- езофагогастроскопия или контрастна рентгенография на хранопровода и стомаха (алтернативен метод) или други отдели на ГИТ.

Други инструментални изследвания:

- КТ на коремни органи, мозък, ЕЕГ, МРТ – при индикации.

Други допълнителни инструментални и функционални изследвания - при показания.

Етиологична диагноза – Hbs Ag, Anti HCV, anti HDV и други вирусни маркери, автоантитела, серумно желязо, ЖСК, феритин, церулоплазмин, куприурия, алфа1-глобулин, порфирины и други.

Консултации – при индикации.

Провеждане на етиологично и базисно лечение на хроничното чернодробно заболяване (по индикации) – противовирусни средства, кортикостероиди, имуносупресори, D-penicillamin, UDCA, хепатопротектори, витамини, глюкозни разтвори, кръвопускане и други.

Провеждане на лечение на усложненията на чернодробната цироза, ентeрално хранене, корекция на клинични и биохимични отклонения, общи реанимационни мероприятия (според консенсусните решения на БНДГЕ).

Портална хипертония - варици на хранопровода, варици на стомаха и хипертензивна гастропатия.

1. При индикации - **първична профилактика** на кръвоизлива от варици на хранопровода – с цел да се предпази или отложи първият епизод на кървене.

Терапия с неселективен бета-блокeр до постигане на β -блокада.

2. В случаи на контраиндикация или непонасяне на неселективен бета-блокeр, ендоскопското връзково лигиране на вариците на хранопровода е метод на избор.

Вторичната профилактика цели да предотврати повторното кървене от варици на хранопровода.

Тя включва:

1. Първи избор е ендоскопско връзково лигиране на вариците на хранопровода. За постигане на успешно унищожаване на вариците болните трябва да бъдат ендоскопирани на всеки 3 месеца в началото и на 6 месечни интервали в последствие. В случай на рецидив трябва да се лекуват до пълното им изчезване.

2. Ендоскопско склерозиране на вариците.

- до ендоскопско склерозиране на вариците на хранопровода се прибегва когато ЕВЛ не може да се осъществи;

- видът на склерозиращото вещество може да се различава в различните центрове;

- интервалите за лечение не се различават от тези при лигирането на вариците.

3. Неселективен β -блокатор с или без ендоскопско лечение на вариците на хранопровода.

- прилага се както комбинация от неселективен β -блокатор и ендоскопско лечение на вариците, така и само β – блокатор;

- когато се прилага само неселективен β – блокатор се препоръчва контрол на HVPG (чернодробен градиент на венозно налягане) с поддържане на неговото ниво под 12 mm Hg.

Лечение на неусложнен асцит - асцит без белези за инфекция на асцитната течност или наличие на хепаторенален синдром.

Включва:

I. Базисна терапия.

Постелен режим – най-добър ефект при болни с нарушена бъбречна функция или лош отговор на диуретичното лечение. Намаление на приема на готварска сол – 3 г/дневно. Намаление на приема на течности – 500 - 1000 мл/дневно. Подобряване на чернодробните функции.

II. Диуретична терапия - стъпаловидно – започва се с ниска доза, която при липса на ефект се повишава през няколко дни, а при необходимост се включва и втори диуретик.

Цел: намаление на телесното тегло с 1000 г дневно, при наличие на периферни отоци – до 2000 дневно.

- калий-съхраняващ диуретик – средство на първи избор;

- бримков диуретик. Задължителен контрол на натрий и калий!

Поведение при липса на отговор на терапията:

- търсене на фактори, намаляващи действието на диуретиците;

- терапевтична парацентеза с вливане на 20% Human albumin;

- корекция на електролитен дисбаланс – хипокалиемия, хиперкалиемия, хипонатриемия.

Рефрактерен асцит (асцитът, който не се повлиява или не може да бъде ефективно контролиран, или рецидивира скоро или често след интензивна лекарствена терапия).

Стандартна терапия – парацентеза по показания с едновременно приложение на интравенозен 20% Human albumin в доза 1-2 г/кг тегло.

Спонтанен бактериален перитонит (СБП) е инфекция на перитонеалната кухина (на асцита) при болни с цироза и асцит при липса на явен източник на инфекция, като абдоминален абсцес или чревна перфорация.

Диагностични критерии:

- левкоцити > 500/ml асцитна течност, PMN > 250/ ml асцитна течност или 250/mm³; положителен резултат при оцветяване по Грам или положителна култура от асцитна течност;

- симптоми, съмнителни за СБП и ниско количество белтък в асцитната течност (<10g/l);

Лечение:

Незабавно се започва емпирична парентерална антибиотична терапия.

При пациенти с т. нар. некомплицирани СБП/нормален серумен креатинин и липса на всеки от следните критерии: 1. стомашно-чревен кръвоизлив; 2. енцефалопатия –II-IV стадий; 3. илеус; 4. септичен шок (може да се започне директно перорална терапия).

Хепаторенален синдром (ХРС) - бързо прогресираща функционална бъбречна недостатъчност или по-продължително влошаване на бъбречната функция.

Поведение при болни с ХРС: проследяват се кръвно налягане и пулс с монитор; сол под 4.0; приема на течности до 1 литър за 24 часа. Корекция на калиемия, АКР.

Спират се нефротоксични медикаменти, вкл. Gentamicini sulfas и НСПВС; при хиперкалиемия - калий-съхраняващи диуретици. Спират се бримковите диуретици при липса на ефект от максимална дозировка.

Хемодиализа се прилага само при болни с уремия или при заплашващи живота критични състояния, като остър белодробен оток.

Медикаментозна терапия

- вазоконстрикторни медикаменти + Human albumin в доза 1 грам/ кг през I-ия ден, след което по 20 - 40 грама дневно;

- инфузията с хуман - албумин се прекратява при нарастване на централното венозно налягане над 18 cm H₂O. Вазоконстрикторният медикамент и хуман - албуминът се прилагат до излизане от ХРС - спадането на серумния креатинин под 133 микромола на литър или максимум за 15 дни;

- при болни с I-ви тип ХРС може да се опита комбинирано приложение на соматостатин и аналози. Тази терапия може да се комбинира с прилагане на 20- 40 грама Хуман - албумин дневно.

Чернодробната енцефалопатия е нарушение във функцията на централната нервна система в резултат от остра или хронична чернодробна недостатъчност. Характеризира се с широк спектър от нервно-психични прояви – от леки промени в съзнанието до дълбока кома, които са потенциално обратими.

Поведение при пациенти с клинично изявена чернодробна цироза (стадий 1 до 4). Активното търсене и лечение на всички преципитиращи фактори, които могат да доведат до развитието на чернодробна енцефалопатия – азотемия, седатива, транквилизатори, аналгетици; гастроинтестинален кръвоизлив, повишен внос на белтъци, метаболитна алкалоза, инфекция, констипация, тромбоза на порталната вена, оперативни интервенции при циротици, шънтове - спонтанни и оперативни.

Лечение на чернодробната енцефалопатия

Остра енцефалопатия

Диета - ограничение на приема на белтък - 0,5г/кг/ден; пълно изключване на белтъчния внос за 1-3 дни при стомашно-чревен кръвоизлив. Калориен внос – чрез глюкозни вливания постепенно покачване на белтъчния внос, за да се определи поносимостта - цел: 1-1,5 г/кг/дневно. Използват се растителни и млечни белтъци. Храненето се извършва перорално, при невъзможност през назо-гастрална сонда.

Намаляване на продукцията на амоняк от червата - високи почистващи клизми; лаксативи (перорално или чрез сонда – MgSO₄), иригация с течности перорално; намаляване на NH₃-продуциращата чревна флора - лактулоза (средство на първи избор) - пер ос или през сонда 100 мл, след което 3x10 - 50 мл или – първа доза 45 мл, след което същата доза на час до поява на изхождане, след това 3x10-50мл; клизма (при кома) - 300 мл в 1 л вода и задържане на разтвора поне 1 час; цел: 2 - 3 кашави изхождания дневно.

Нерезорбируеми антибиотици.

Други терапевтични възможности – бензодиазепинов антагонист (при пациенти с ЧЕ, причинена от бензодиазепини); разклонени аминокиселини (доза до 40 g/d) – при липса на ефект от горните мероприятия и при лоша поносимост към алиментарен внос на белтък; L- Ornithine-L-Aspartate (доза 20 – 40g/d i.v.) – при пациенти без бъбречна недостатъчност и липса на ефект от горните мерки в III-IV стадий ЧЕ.

Рекурентна и хронична чернодробна енцефалопатия

Избягване и превенция на преципитиращите фактори. Хранене – белтъчен внос до 1 - 1,5 г/кг/дневно за сметка на растителни и млечни белтъци. Лактулоза – цел 2-3 кашави изхождания дневно.

Антибиотици – само при болни, при които липсва ефект от лактулозата. Необходимо е строго бъбречно, неврологично и отологично мониториране.

L -Ornithine-L-Aspartate (18g/дн p.o) – при липса на ефект от горните мерки, трябва да се следи бъбречната функция.

При всички болни с чернодробна цироза, без данни за явна енцефалопатия, е необходимо извършването на стандартните психометрични тестове. Изследването трябва да се повтаря на всеки 6 месеца.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След лабораторни, ехографски и/или други образни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение,
- документирано подобряване на променените параметри и усложнения при хронично чернодробно заболяване, които е възможно да бъдат повлияни до края на болничния престой;
- благоприятно развитие на клиничната симптоматика: портална хипертония; асцит; енцефалопатия; хепаторенален синдром; иктер.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикриза. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата; вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора на дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол,

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кървене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия общопрактикуващ лекар или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

**КП № 76 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНИ
ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**
**КП № 76.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНИ
ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА
ВЪЗРАСТ**

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Хроничен вирусен хепатит

B18.0 Хроничен вирусен хепатит В с делта-агент

B18.1 Хроничен вирусен хепатит В без делта-агент

B18.2 Хроничен вирусен хепатит С

B18.8 Друг хроничен вирусен хепатит

Други разстройства на обмяната на въглехидратите

Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген

Сърдечна гликогеноза

Болест на:

- Andersen
- Cori
- Forbes
- Hers
- McArdle
- Pompe
- Tauri
- Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

Не включва: дефекти на каталаза и пероксидаза

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия

Вродена еритропоетична порфирия

Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии

Наследствена копропорфирия

Порфирия:

- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E80.4 Синдром на Gilbert

E80.6 Други разстройства на обмяната на билирубина

Синдром на Dubin-Johnson

Синдром на Rotor

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на парацитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта

Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)

Болест на Wilson

E83.1 Разстройства на обмяната на желязото

Хемохроматоза

Не включва:

Анемия:

- желязонеодоимъчна (D50.—)
- сидеробластна (D64.0—D64.3)

Други разстройства на обмяната на веществата

Не включва: хистиоцитоза X (хронична) (D76.0)

E88.0 Разстройства на обмяната на плазмените белтъци, неклассифицирани другаде

Неодоимък на алфа-1-антитрипсин

Бисалбуминемия

Не включва:

- разстройство на обмяната на липопротеините (E78.—)
- моноклонална гамопатия (D47.2)
- поликлонална хипергамоглобулинемия (D89.0)
- макроглобулинемия на Waldenstrom (C88.0)

Алкохолна болест на черния дроб

K70.0 Алкохолна мастна дистрофия на черния дроб

K70.1 Алкохолен хепатит

Токсично увреждане на черния дроб

Включва:

лекарствена:

- идиосинкратична (непредсказуема) болест на черния дроб
- токсична (предсказуема) болест на черния дроб

Не включва:

- алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
- синдром на Budd-Chiari (I82.0)

K71.0 Токсично увреждане на черния дроб с холестаза

Холестаза с увреждане на хепатоцитите

“Чиста” холестаза

K71.1 Токсично увреждане на черния дроб с чернодробна некроза

Чернодробна недостатъчност (остра)(хронична), причинена от лекарствени средства

K71.2 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като остър хепатит

K71.3 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен персистиращ хепатит

K71.4 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен лобуларен хепатит

K71.5 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен активен хепатит

Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като лупоиден хепатит

K71.6 Токсично увреждане на черния дроб с картина на хепатит, неклассифицирано другаде

K71.8 Токсично увреждане на черния дроб с картина на други нарушения на черния дроб

Токсично увреждане на черния дроб с:

- фокална нодуларна хиперплазия
- чернодробни грануломи
- пелиоза на черния дроб
- венооклузивна болест на черния дроб

Хроничен хепатит, неклассифициран другаде

Не включва:

хепатит (хроничен):

- алкохолен (K70.1)
- медикаментозен (K71.—)
- грануломатозен, НКД (K75.3)
- реактивен, неспецифичен (K75.2)
- вирусен (B15—B19)

K73.0 Хроничен персистиращ хепатит

K73.1 Хроничен лобуларен хепатит

K73.2 Хроничен активен хепатит

Лупоиден хепатит, НКД

K73.8 Други хронични хепатити, неклассифицирани другаде

Стеатозен и други хепатити

Фиброза и цироза на черния дроб***Не включва:***

- алкохолна фиброза на черния дроб (K70.2)
- кардиачна склероза на черния дроб (K76.1)
- цироза (на черния дроб):
 - алкохолна (K70.3)
 - вродена (P78.8)
 - с токсично увреждане на черния дроб (K71.7)

K74.0 Фиброза на черния дроб**K74.3 Първична билиарна цироза**

Хроничен негноен деструктивен холангит

K74.4 Вторична билиарна цироза**K74.5 Билиарна цироза, неуточнена****K74.6 Друга и неуточнена цироза на черния дроб**

Цироза (на черния дроб):

- БДУ
- криптогенна
- макронодуларна
- микронодуларна
- смесен тип
- портална
- постнекротична

Други възпалителни болести на черния дроб***Не включва:***

- хроничен хепатит, неклассифициран другаде (K73.—)
- хепатит:
 - остър или подостър (K72.0)
 - вирусен (B15—B19)
 - токсично увреждане на черния дроб (K71.—)

K75.2 Неспецифичен реактивен хепатит**K75.3 Грануломатозен хепатит, неклассифициран другаде****K75.4 Автоимунен хепатит****Други болести на черния дроб*****Не включва:***

- алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
- амилоидна дегенерация на черния дроб (E85.—)
- кистозна болест на черния дроб (вродена) (Q44.6)
- тромбоза на чернодробната вена (I82.0)
- хепатомегалия БДУ (R16.0)
- тромбоза на вена порте (I81)
- токсично увреждане на черния дроб (K71.—)

K76.0 Масна дегенерация на черния дроб

С отклонения в лабораторните показатели и увреждане на черния дроб

Вродени аномалии на жлъчния мехур, жлъчните пътища и черния дроб**Q44.6 Кистозна болест на черния дроб**

Фиброкистозна болест на черния дроб с отклонения в лабораторните показатели и увреждане на черния дроб

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**

Езофагоскопия

30473-03	Езофагоскопия Гъвкава езофагоскопия <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (30473-04 [861]) • изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])
Панендоскопия	
30473-00	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Панендоскопия до дуоденума Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD]
30473-02	Панендоскопия през изкуствена стома Гастроскопия през изкуствена стома Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома <i>Не включва:</i> дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891]) ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])
30473-05	Панендоскопия до илеума Илеоскопия Йеюноскопия
Панендоскопия с ексцизия	
30473-01	<div> <div> Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] </div> <div> } } } </div> </div> <div> <i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия </div> <div> с ексцизия </div> Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху черен дроб	
90319-01	Перкутанна аспирация на черен дроб <i>Не включва:</i> перкутанна чернодробна биопсия (30409-00 [953]) тези за абсцес, хематом или киста (30224-01 [987])
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30409-00	Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия Затворена иглена чернодробна биопсия <i>Не включва:</i> трансюгуларна чернодробна биопсия (90298-00 [953])
Компютърна томография на корем	
56401-00	<div> <i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) • и <ul style="list-style-type: none"> • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963]) </div> Компютърна томография на корем
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
30669-00	Еластография

Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
55276-00	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948]) Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: <ul style="list-style-type: none"> • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-02	Магнитно резонансна томография – холангиография
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
91920-19	Друго изследване на урина
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1929 Вирусологични изследвания	
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С
91922-08	Серологично изследване на антитела срещу хепатит В и D вирус Извършване на в реално време PCR за определяне на HBV-DNA за хроничен хепатит
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин

Морфологични изследвания

91930-07	Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други инцизионни процедури на вени

13757-00	Терапевтична венесекция
----------	-------------------------

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити

96199-08	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен</p>

	<p>фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
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 три задължителни:

- първата 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- втората 11700-00 - ЕКГ;
- третата включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и
- четвъртата блок 1924 „Биохимични изследвания“ и една терапевтична процедура.

Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Клиника/отделение по инфекциозни болести отчитат преминали случаи само по диагноза **K71.2** „Токсично увреждане на черния дроб, протичащо, като остър хепатит“.

Пациенти с диагноза **K73.0; K73.8 и K76.0** се хоспитализират при отклонения в лабораторните показатели, насочващи към прогресия на заболяването, въпреки провежданата амбулаторна терапия или при индикации за извършване на чернодробна биопсия.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол със или без снимка от ехография, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология" (за дейностите по т.4, т.9 и т.10 от блок II „Индикации за хоспитализация и лечение“ – „Диагностика и лечение на:“, при лица над 18 години, осъществявани най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология") **осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" (само за МКБ-10 код K71.2).** Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по инфекциозни болести (само за код K71.2)
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология

НЗОК не заплаща стойността на лекарствени продукти по Приложение 1 "Лекарствени продукти, предназначени за лечение на заболявания, които се заплащат по реда на Закона за здравното осигуряване" на Позитивен лекарствен списък, за лечение на пациенти с установена (след извършване на съответния тест и вписан резултат в Протокол 1А) употреба на наркотични вещества.

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- за III ниво на компетентност клиника/отделение по гастроентерология:
минимален брой специалисти: минимум 6 лекари, от които:
- минимум 4 лекари с призната специалност по гастроентерология,

- минимум 3 с квалификация по конвенционална абдоминална ехография;
- минимум 2 с квалификация по абдоминална Доплер ехография;
- минимум 1 с квалификация по интервенционална абдоминална ехография;
- минимум 3 с квалификация по конвенционална горна и долна гастроинтестинална ендоскопия;
- минимум 2 с квалификация по интервенционална горна и долна гастроинтестинална ендоскопия;
- минимум 1 с квалификация по ЕРХП и свързани интервенционални ендоскопски процедури).

или

лекари със специалност по инфекциозни болести – минимум шест (само за код K71.2);

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти - минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение при пациенти с:

- остро настъпили значими промени в клиничните белези, изобразителните изследвания и/или лабораторните показатели, отразяващи чернодробната функция на болен с известно или подозирано хронично чернодробно заболяване;

Диагностика и лечение на:

1. хронични вирусни хепатити: вирусна репликация, генотипизиране на HCV и субтипизиране на HCV генотип 1, оценка на тежестта на чернодробното заболяване и неговите усложнения;
2. пациенти с възникнали остри усложнения при противовирусно или имunosупресивно лечение, които не могат да бъдат овладени в амбулаторни условия;
3. специфично лечение при болест на Уилсън и хемохроматоза;
4. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти със:
5. комплекс от клинични симптоми, характерни за хронично чернодробно заболяване, лабораторно или инструментално установено отклонение без данни за бърза прогресия – за диагностично уточняване и лечение в болнични условия след приключване на диагностично-лечебния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ;
6. известно хронично чернодробно заболяване без усложнения, провеждащи амбулаторно лечение без добър терапевтичен ефект;

7. стартиране, проследяване и оценка на ефективността на;
8. антивирусно лечение на хронични вирусни хепатити и цирози;
9. специфична/патогенетична терапия при редки чернодробни заболявания и авто-имунни заболявания на черния дроб, както и лечение на възникналите усложнения.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва от 24 час до 48 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Базисни изследвания

Лабораторни изследвания:

- хематологични показатели - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ;
- биохимични изследвания – АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, общ белтък, албумин, общ и директен билирубин; кръвна захар, креатинин;
- хемостаза (фибриноген, протромбиново време/индекс/INR, АПТТ/ пТПВ/ККВ), фибриноген, други – по индикации;
- урина – общо изследване.

При показания – етиологична диагноза – Hbs Ag, Anti HCV, anti HDV, CMV, HIV и други вирусни маркери, автоантитела, имуноглобулини и други имунологични изследвания, серумно желязо, ЖСК, феритин, церулоплазмин, мед в серума и куприурия, алфа1-глобулин, порфирины, TSH, α -фетопротейн, ЛДХ, ОГТТ и определяне на кръвна захар и инсулин, пикочна киселина, общ холестерол, LHL- и HDL- холестерол, триглицериди и други.

При показания - микробиологични и паразитологични изследвания.

Инструментални изследвания:

- рентгенография на бял дроб и сърце – при показания;
- ЕКГ;
- ехография на коремни органи с доплерово изследване.

Други инструментални и функционални изследвания - при показания.

- езофагогастроскопия (ФГС) или контрастна рентгенография на хранопровода и стомаха (алтернативен метод) или други отдели на ГИТ– при показания;
- КТ на коремни органи, мозък, ЕЕГ, МРТ – при показания.

Консултации – при индикации:

- очен преглед за пръстен на Kayser- Flaischer, очно дъно, невролог и други - при индикации;
- при необходимост се провежда консултация с клиничен токсиколог.

ЛЕЧЕНИЕ

Провеждане на етиологично и базисно лечение на хроничното чернодробно заболяване (по индикации) – кортикостероиди, имunosупресори, D-penicillamin, UDCA, хепатопротектори, витамини, глюкозни разтвори, кръвопускане и други; лечение на усложненията.

Провеждане на лечение на усложненията на чернодробното заболяване.
Реанимационни мероприятия, корекция на жизненоважни функции и показатели.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на комплекс от проведените изследвания.

- *хроничен вирусен хепатит* – на базата на позитивни серологични маркери за **HBV**, **HCV** или HDV в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;
- *хроничен аутоимунен хепатит* - на базата на позитивни аутоантитела в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;
- *стеатозен хепатит* – на базата на ехографски белези за стеатоза и биохимични параметри в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;
- *хронични хепатити с метаболитна етиология* – на базата на доказан метаболитен дефект.

Чернодробната биопсия с морфологично изследване не е задължителна. Провежда се само по индикации и липса на противопоказания за извършване!

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение;
- корекция на променените параметри и усложнения при хронично чернодробно заболяване;
- изготвени препоръки за антивирусно лечение (протокол).

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**ХРОНИЧНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

Черният дроб е най-големият орган в човешкото тяло. Разположен е в горната дясна коремна половина, под ребрата. В него се извършва неутрализирането на токсините от кръвта, синтезират се имунни агенти, подпомагащи контрола върху инфекциите, отстраняват се случайно попаднали в кръвта микроорганизми. Синтезира най-важния белтък на кръвта - албумин и други белтъци, които регулират съсирването на кръвта. Образува жлъчка, която подпомага смилането на мазнините и усвояването на мастно-разтворимите витамини. Животът не е възможен без функциониращ черен дроб.

Какво е хроничен хепатит?

Хепатит означава възпаление на черния дроб. Най-честа причина за това са вирусните инфекции, но същия или подобен увреждащ ефект могат да имат метаболитни (засягат обмяната на веществата в организма) и автоимунни заболявания на черния дроб. В повечето случаи острите хепатити оздравяват в рамките на 3 месеца. Възпаление на черния дроб, което продължава повече от 6 месеца, се нарича хроничен хепатит.

Какво е значението на хроничните хепатити?

Хроничният хепатит е прогресиращо заболяване до чернодробна цироза и чернодробен карцином.

Кои са главните причини за хроничен хепатит ?

Най-честа причина са вирусните инфекции - вирус В, С, Д.

Хепатит В се причинява от вирус с висока инфектираща способност. Заразяването се извършва по полов път (при извършване на небезопасен секс); хоризонтално – при постоянен тесен битов контакт с носители на вируса; перинатално - от майката - носител към плода по време на раждането; все по-ограничен е кръвният път на зараза. Обикновено протичането на хроничния хепатит В е безсимптомно или с дискретни неспецифични оплаквания - повишена уморяемост. Лечението с интерферон (подпомага имунната система на организма в борбата ѝ с вируса) или с противовирусни медикаменти (ламивудин), които спират размножаването на вируса, се провежда при активиране на заболяването, преценено по повишения ензим АЛТ и активно размножаване на вируса в организма за период от половин до 1 година. Обичайно лечението е съпроводено с нетежки странични ефекти. При инфектиране в периода на новороденото възможността за хронифициране на хепатит В е много висока – 90-95%. Единствен ефективен и евтин път за предотвратяване на инфекцията и заболяването от хепатит В, е активната имунизация.

Хепатит Д може да възникне при дълготрайно носителство на хепатит В. Увреждането на черния дроб при тази инфекция протича много по-бързо и по-тежко. Лечението с интерферон е без особен ефект, изразява се предимно в забавяне хода на заболяването.

Хепатит С се среща най-често сред инжектиращи се и “смъркащи” наркомани; при татуировки, пробиване уши или други части на тялото. В голям процент от случаите – до 30-40% не може да се намери източника на зараза. По изключение се предава по полов път или от майка на новороденото. Протичането на хроничният хепатит С обикновено е безсимптомно или също с оплаквания от хронична умора. Ходът на заболяването е много бавен. При липса на активност се препоръчва внимателно проследяване. Лечението с интерферон в комбинация с антивирусния препарат рибавирин се провежда при активиране за период най-често от 1 година.

Болестта на Уилсън е наследствено заболяване, причинено от дефект в отделянето на мед чрез жлъчния сок от организма на пациентите. Последва прекомерно натрупване на мед в черния дроб, мозъка, роговицата на очите, ставите, червените кръвни клетки, бъбреците на болните. Засягат се много органи, оплакванията са разнообразни, но най-често са свързани с черния дроб (пожълтяване, тъмна урина, повишена уморемост, отоци, повишена раздразнителност, продължително кървене от лигавиците) и нервната система (забавен говор, нарушен почерк, застинало лице, треперене на пръстите, нестабилна походка, затруднено гълтане). Лечението се провежда с препарата пенициламин (купренил), който извлича излишната мед от организма на пациентите. Лечението е за цял живот. За разлика от болестта на Уилсън **хемохроматозата** (прекомерно натрупване на желязо в черния дроб и други органи като задстомашната жлеза, кожа, покривните клетки на червата, сърцето и жлезите с вътрешна секреция, поради повишеното усвояване на желязото от червата) е рядко заболяване. Единствения сигурен начин за извличане на излишното желязо от организма е системното кръвопускане.

Автоимунният хепатит е рядко заболяване, по-чест при жени (най-често в юношеството или около климакса). Причините за него все още са неизвестни. Предполага се, че неизвестната причина въздейства така на имунната система на организма, че тя започва да атакува и руши собствения черен дроб. Наблюдават се разнообразни симптоми от различни органи и системи, засегнати по същия начин от имунната атака (възпаление на щитовидната жлеза, висока температура, диабет, обриви по тялото). Протичането на автоимунния хепатит е тежко. Лечението се провежда с лекарства, потискащи имунната система – кортикостероиди, имуран до живот. В много случаи то е животоспасяващо. Страничните им ефекти са сериозни, често лечението се спира от пациентите. Необходима е добра колаборация между лекар-пациент.

Друго заболяване, засягащо предимно жени е **първичната билиарна цироза**. В ранните стадии на заболяването имунната система атакува най-малките жлъчни каналчета и протича дълго време само със сърбеж. Постепенно кожата се променя, става твърда и се появява жълтеница. В ранните стадии прогресиращия ход на заболяването може да бъде спрял с урсодезоксихолева киселина.

Останалите хронични чернодробни заболявания са редки.

Най-честата форма на чернодробно увреждане е т.н. стеатоза на черния дроб. Представлява отлагане на масти, а при определени условия прераства в стеатозен хепатит. Застрашени са лицата с диабет, затлъстяване и повишение на серумните липиди. Лечението е насочено преди всичко към корекция на отклоненията на метаболитните промени и подпомагане на функцията на черния дроб.

Необходимо ли е спазване на специална “чернодробна диета”?

В повечето случаи – не. Храненето трябва да бъде добре балансирано, разнообразно, без ограничения и редовно. При болестта на Уилсън се препоръчва избягване на храни, богати на мед (животински дреболлии, морски плодове, шоколад, ядки), а при хемохроматоза - тези, богати на желязо (червени на цвят меса).

Каква е прогнозата?

Прогнозата е благоприятна при навременна диагноза и ранно започнато лечение. Протичането на автоимунния хепатит е твърде индивидуално - в част от случаите с бърз преход в чернодробна цироза. В голяма част от случаите е необходимо дългогодишно лечение или лечение до живот.

**КП № 76 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНИ
ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**
**КП № 76.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНИ
ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА
ВЪЗРАСТ**

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Хроничен вирусен хепатит

V18.0 Хроничен вирусен хепатит В с делта-агент

V18.1 Хроничен вирусен хепатит В без делта-агент

V18.2 Хроничен вирусен хепатит С

V18.8 Друг хроничен вирусен хепатит

Други разстройства на обмяната на въглехидратите

Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген

Сърдечна гликогеноза

Болест на:

- Andersen
- Cori
- Forbes
- Hers
- McArdle
- Pompe
- Tauri
- Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

Не включва: дефекти на каталаза и пероксидаза

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия

Вродена еритропоетична порфирия

Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии

Наследствена копропорфирия

Порфирия:

- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E80.4 Синдром на Gilbert

E80.6 Други разстройства на обмяната на билирубина

Синдром на Dubin-Johnson

Синдром на Rotor

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на парацитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта

Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)

Болест на Wilson

E83.1 Разстройства на обмяната на желязото

Хемохроматоза

Не включва:

Анемия:

- желязонедоимъчна (D50.—)
- сидеробластна (D64.0—D64.3)

Други разстройства на обмяната на веществата

Не включва: хистиоцитоза X (хронична) (D76.0)

E88.0 Разстройства на обмяната на плазмените белтъци, неклассифицирани другаде

Недоимък на алфа-1-антитрипсин

Бисалбуминемия

Не включва:

- разстройство на обмяната на липопротеините (E78.—)
моноклонална гамопатия (D47.2)
поликлонална хипергамглобулинемия (D89.0)
макроглобулинемия на Waldenstrom (C88.0)

Алкохолна болест на черния дроб

K70.0 Алкохолна мастна дистрофия на черния дроб

K70.1 Алкохолен хепатит

Токсично увреждане на черния дроб

Включва:

лекарствена:

- идиосинкратична (непредсказуема) болест на черния дроб
- токсична (предсказуема) болест на черния дроб

Не включва:

- алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
синдром на Budd-Chiari (I82.0)

K71.0 Токсично увреждане на черния дроб с холестаза

Холестаза с увреждане на хепатоцитите

“Чиста” холестаза

K71.1 Токсично увреждане на черния дроб с чернодробна некроза

Чернодробна недостатъчност (остра)(хронична), причинена от лекарствени средства

K71.2 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като остър хепатит

K71.3 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен персистиращ хепатит

K71.4 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен лобуларен хепатит

K71.5 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен активен хепатит

Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като лупоиден хепатит

K71.6 Токсично увреждане на черния дроб с картина на хепатит, неклассифицирано другаде

K71.8 Токсично увреждане на черния дроб с картина на други нарушения на черния дроб

Токсично увреждане на черния дроб с:

- фокална нодуларна хиперплазия
- чернодробни грануломи
- пелиоза на черния дроб
- венооклузивна болест на черния дроб

Хроничен хепатит, неклассифициран другаде

Не включва:

хепатит (хроничен):

- алкохолен (K70.1)
- медикаментозен (K71.—)
- грануломатозен, НКД (K75.3)
- реактивен, неспецифичен (K75.2)
- вирусен (B15—B19)

K73.0 Хроничен персистиращ хепатит

K73.1 Хроничен лобуларен хепатит

K73.2 Хроничен активен хепатит

Лупоиден хепатит, НКД

K73.8 Други хронични хепатити, неклассифицирани другаде

Стеатозен и други хепатити

Фиброза и цироза на черния дроб***Не включва:***

- алкохолна фиброза на черния дроб (K70.2)
- кардиачна склероза на черния дроб (K76.1)
- цироза (на черния дроб):
 - алкохолна (K70.3)
 - вродена (P78.8)
 - с токсично увреждане на черния дроб (K71.7)

K74.0 Фиброза на черния дроб**K74.3 Първична билиарна цироза**

Хроничен негноен деструктивен холангит

K74.4 Вторична билиарна цироза**K74.5 Билиарна цироза, неуточнена****K74.6 Друга и неуточнена цироза на черния дроб**

Цироза (на черния дроб):

- БДУ
- криптогенна
- макронодуларна
- микронодуларна
- смесен тип
- портална
- постнекротична

Други възпалителни болести на черния дроб***Не включва:***

- хроничен хепатит, неклассифициран другаде (K73.—)
- хепатит:
 - остър или подостър (K72.0)
 - вирусен (B15—B19)
 - токсично увреждане на черния дроб (K71.—)

K75.2 Неспецифичен реактивен хепатит**K75.3 Грануломатозен хепатит, неклассифициран другаде****K75.4 Автоимунен хепатит****Други болести на черния дроб*****Не включва:***

- алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
- амилоидна дегенерация на черния дроб (E85.—)
- кистозна болест на черния дроб (вродена) (Q44.6)
- тромбоза на чернодробната вена (I82.0)
- хепатомегалия БДУ (R16.0)
- тромбоза на вена порте (I81)
- токсично увреждане на черния дроб (K71.—)

K76.0 Масна дегенерация на черния дроб

С отклонения в лабораторните показатели и увреждане на черния дроб

Вродени аномалии на жлъчния мехур, жлъчните пътища и черния дроб**Q44.6 Кистозна болест на черния дроб**

Фиброкистозна болест на черния дроб с отклонения в лабораторните показатели и увреждане на черния дроб

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**

Езофагоскопия	
30473-03	Езофагоскопия Гъвкава езофагоскопия <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (30473-04 [861]) • изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])
Панендоскопия	
30473-00	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Панендоскопия до дуоденума Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD]
30473-02	Панендоскопия през изкуствена стома Гастроскопия през изкуствена стома Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома <i>Не включва:</i> дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891]) ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])
30473-05	Панендоскопия до илеума Илеоскопия Йеюноскопия
Панендоскопия с ексцизия	
30473-01	<div> Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } </div> <i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху черен дроб	
90319-01	Перкутанна аспирация на черен дроб <i>Не включва:</i> перкутанна чернодробна биопсия (30409-00 [953]) тези за абсцес, хематом или киста (30224-01 [987])
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30409-00	Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия Затворена иглена чернодробна биопсия <i>Не включва:</i> трансюгуларна чернодробна биопсия (90298-00 [953])
Компютърна томография на корем	
56401-00	<i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
30669-00	Еластография

Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове <i>Включва:</i> дуплекс ултразвук на: <ul style="list-style-type: none"> • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-02	Магнитно резонансна томография – холангиография
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
91920-19	Друго изследване на урина
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропуски кода
1929 Вирусологични изследвания	
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С
91922-08	Серологично изследване на антитела срещу хепатит В и D вирус Извършване на в реално време PCR за определяне на HBV-DNA за хроничен хепатит
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин

Морфологични изследвания

91930-07	Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други инцизионни процедури на вени

13757-00	Терапевтична венесекция
----------	-------------------------

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: • кръвозаместители
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на: • кръвни заместители • гранулоцити
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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, противоинокциозен агент

Виж допълнителни знаци

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, противоинокциозен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

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 три задължителни:
-първата 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
-втората 11700-00- за лица под 18г. Възраст – по преценка;
-третата включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и четвъртата блок 1924 „Биохимични изследвания“ и една терапевтична процедура.

2. Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

3. При деца до 14 годишна възраст клиничната пътека се отчита с три основни диагностични процедури, от които две са задължителни 55036-00 или 55276-00 или 55278-00 и кодовете, посочени в блок 1923 и блок 1924, и една терапевтична процедура.

Клиника/отделение по инфекциозни болести отчитат преминали случаи само по диагноза **K71.2** „Токсично увреждане на черния дроб, протичащо, като остър хепатит”.

Пациенти с диагноза **K73.0; K73.8 и K76.0** се хоспитализират при отклонения в лабораторните показатели, насочващи към прогресия на заболяването, въпреки провежданата амбулаторна терапия или при индикации за извършване на чернодробна биопсия.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол със или без снимка от ехография, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" (само за МКБ-10 код K71.2). Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по инфекциозни болести (само за код K71.2)
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Структура по Образна диагностика

НЗОК не заплаща стойността на лекарствени продукти по Приложение 1 "Лекарствени продукти, предназначени за лечение на заболявания, които се заплащат по реда на Закона за здравното осигуряване" на Позитивен лекарствен списък, за лечение на пациенти с установена (след извършване на съответния тест и вписан резултат в Протокол 1А) употреба на наркотични вещества.

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология

или

лекари със специалност по инфекциозни болести – минимум шест (само за код K71.2);

или

лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация“ към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение при пациенти с:

- остро настъпили значими промени в клиничните белези, изобразителните изследвания и/или лабораторните показатели, отразяващи чернодробната функция на болен с известно или подозирано хронично чернодробно заболяване;

Диагностика и лечение на:

1. хронични чернодробни заболявания в детската възраст;
2. хронични вирусни хепатити: вирусна репликация, генотипизиране на HCV и субтипизиране на HCV генотип 1, оценка на тежестта на чернодробното заболяване и неговите усложнения;
3. пациенти с възникнали остри усложнения при противовирусно или имunosупресивно лечение, които не могат да бъдат овладени в амбулаторни условия;
4. специфично лечение при болест на Уилсън и хемохроматоза;
5. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти със:
6. комплекс от клинични симптоми, характерни за хронично чернодробно заболяване, лабораторно или инструментално установено отклонение без данни за бърза прогресия – за диагностично уточняване и лечение в болнични условия след приключване на диагностично-лечебния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ;
7. известно хронично чернодробно заболяване без усложнения, провеждащи амбулаторно лечение без добър терапевтичен ефект;
8. стартиране, проследяване и оценка на ефективността на:
9. антивирусно лечение на хронични вирусни хепатити и цирози;
10. специфична/патогенетична терапия при редки чернодробни заболявания и авто-имунни заболявания на черния дроб, както и лечение на възникналите усложнения.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва от 24 час до 48 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Базисни изследвания

Лабораторни изследвания:

- хематологични показатели - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ;
- биохимични изследвания – АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, общ белтък, албумин, общ и директен билирубин; кръвна захар, креатинин;
- хемостаза (фибриноген, протромбиново време/индекс/INR, АПТТ/ пТПВ/ККВ), фибриноген, други – по индикации;
- урина – общо изследване.

При показания – етиологична диагноза – Hbs Ag, Anti HCV, anti HDV, CMV, HIV и други вирусни маркери, автоантитела, имуноглобулини и други имунологични изследвания, серумно желязо, ЖСК, феритин, церулоплазмин, мед в серума и куприурия, алфа1-глобулин, порфирины, TSH, α-фетопротеин, ЛДХ, ОГТТ и определяне на кръвна захар и инсулин, пикочна киселина, общ холестерол, LHL- и HDL- холестерол, триглицериди и други.

При показания - микробиологични и паразитологични изследвания.

Инструментални изследвания:

- рентгенография на бял дроб и сърце – при показания;
- ЕКГ;
- ехография на коремни органи с доплерово изследване.

Други инструментални и функционални изследвания - при показания.

- езофагогастроскопия (ФГС) или контрастна рентгенография на хранопровода и стомаха (алтернативен метод) или други отдели на ГИТ– при показания;
- КТ на коремни органи, мозък, ЕЕГ, МРТ – при показания.

Консултации – при индикации:

- очен преглед за пръстен на Kayser- Flaischer, очно дъно, невролог и други - при индикации;
- при необходимост се провежда консултация с клиничен токсиколог.

ЛЕЧЕНИЕ

Провеждане на етиологично и базисно лечение на хроничното чернодробно заболяване (по индикации) – кортикостероиди, имunosупресори, D-penicillamin, UDCA, хепатопротектори, витамини, глюкозни разтвори, кръвопускане и други; лечение на усложненията.

Провеждане на лечение на усложненията на чернодробното заболяване.

Реанимационни мероприятия, корекция на жизненоважни функции и показатели.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на комплекс от проведените изследвания.

- *хроничен вирусен хепатит* – на базата на позитивни серологични маркери за **HBV**, **HCV** или HDV в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;
- *хроничен автоимунен хепатит* - на базата на позитивни автоантитела в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;
- *стеатозен хепатит* – на базата на ехографски белези за стеатоза и биохимични параметри в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;
- *хронични хепатити с метаболитна етиология* – на базата на доказан метаболитен дефект.

Чернодробната биопсия с морфологично изследване не е задължителна. Провежда се само по индикации и липса на противопоказания за извършване!

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение;
- корекция на променените параметри и усложнения при хронично чернодробно заболяване;
- изготвени препоръки за антивирусно лечение (протокол).

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**ХРОНИЧНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ**

Черният дроб е най-големият орган в човешкото тяло. Разположен е в горната дясна коремна половина, под ребрата. В него се извършва неутрализирането на токсините от кръвта, синтезират се имунни агенти, подпомагащи контрола върху инфекциите, отстраняват се случайно попаднали в кръвта микроорганизми. Синтезира най-важния белтък на кръвта - албумин и други белтъци, които регулират съсирването на кръвта. Образува жлъчка, която подпомага смилането на мазнините и усвояването на мастно-разтворимите витамини. Животът не е възможен без функциониращ черен дроб.

Какво е хроничен хепатит?

Хепатит означава възпаление на черния дроб. Най-честа причина за това са вирусните инфекции, но същия или подобен увреждащ ефект могат да имат метаболитни (засягат обмяната на веществата в организма) и автоимунни заболявания на черния дроб. В повечето случаи острите хепатити оздравяват в рамките на 3 месеца. Възпаление на черния дроб, което продължава повече от 6 месеца, се нарича хроничен хепатит.

Какво е значението на хроничните хепатити?

Хроничният хепатит е прогресиращо заболяване до чернодробна цироза и чернодробен карцином.

Кои са главните причини за хроничен хепатит ?

Най-честа причина са вирусните инфекции - вирус В, С, Д.

Хепатит В се причинява от вирус с висока инфектираща способност. Заразяването се извършва по полов път (при извършване на небезопасен секс); хоризонтално – при постоянен тесен битов контакт с носители на вируса; перинатално - от майката - носител към плода по време на раждането; все по-ограничен е кръвният път на зараза. Обикновено протичането на хроничния хепатит В е безсимптомно или с дискретни неспецифични оплаквания - повишена уморяемост. Лечението с интерферон (подпомага имунната система на организма в борбата й с вируса) или с противовирусни медикаменти (ламивудин), които спират размножаването на вируса, се провежда при активиране на заболяването, преценено по повишения ензим АЛТ и активно размножаване на вируса в организма за период от половин до 1 година. Обичайно лечението е съпроводено с нетежки странични ефекти. При инфектиране в периода на новороденото възможността за хронифициране на хепатит В е много висока – 90-95%. Единствен ефективен и евтин път за предотвратяване на инфекцията и заболяването от хепатит В, е активната имунизация.

Хепатит Д може да възникне при дълготрайно носителство на хепатит В. Увреждането на черния дроб при тази инфекция протича много по-бързо и по-тежко. Лечението с интерферон е без особен ефект, изразява се предимно в забавяне хода на заболяването.

Хепатит С се среща най-често сред инжектиращи се и “смъркащи” наркомани; при татуировки, пробиване уши или други части на тялото. В голям процент от случаите – до 30-40% не може да се намери източника на зараза. По изключение се предава по полов път или от майка на новороденото. Протичането на хроничният хепатит С обикновено е безсимптомно или също с оплаквания от хронична умора. Ходът на заболяването е много бавен. При липса на активност се препоръчва внимателно проследяване. Лечението с интерферон в комбинация с антивирусния препарат рибавирин се провежда при активиране за период най-често от 1 година.

Болестта на Уилсън е наследствено заболяване, причинено от дефект в отделянето на мед чрез жлъчния сок от организма на пациентите. Последва прекомерно натрупване на мед в черния дроб, мозъка, роговицата на очите, ставите, червените кръвни клетки, бъбреците на болните. Засягат се много органи, оплакванията са разнообразни, но най-често са свързани с черния дроб (пожълтяване, тъмна урина, повишена уморемост, отоци, повишена раздразнителност, продължително кървене от лигавиците) и нервната система (забавен говор, нарушен почерк, застинало лице, треперене на пръстите, нестабилна походка, затруднено гълтане). Лечението се провежда с препарата пенициламин (купренил), който извлича излишната мед от организма на пациентите. Лечението е за цял живот. За разлика от болестта на Уилсън **хемохроматозата** (прекомерно натрупване на желязо в черния дроб и други органи като задстомашната жлеза, кожа, покривните клетки на червата, сърцето и жлезите с вътрешна секреция, поради повишеното усвояване на желязото от червата) е рядко заболяване. Единствения сигурен начин за извличане на излишното желязо от организма е системното кръвопускане.

Автоимунният хепатит е рядко заболяване, по-чест при жени (най-често в юношеството или около климакса). Причините за него все още са неизвестни. Предполага се, че неизвестната причина въздейства така на имунната система на организма, че тя започва да атакува и руши собствения черен дроб. Наблюдават се разнообразни симптоми от различни органи и системи, засегнати по същия начин от имунната атака (възпаление на щитовидната жлеза, висока температура, диабет, обриви по тялото). Протичането на автоимунния хепатит е тежко. Лечението се провежда с лекарства, потискащи имунната система – кортикостероиди, имуран до живот. В много случаи то е животоспасяващо. Страничните им ефекти са сериозни, често лечението се спира от пациентите. Необходима е добра колаборация между лекар-пациент.

Друго заболяване, засягащо предимно жени е **първичната билиарна цироза**. В ранните стадии на заболяването имунната система атакува най-малките жлъчни каналчета и протича дълго време само със сърбеж. Постепенно кожата се променя, става твърда и се появява жълтеница. В ранните стадии прогресиращия ход на заболяването може да бъде спрял с урсодезоксихолева киселина.

Останалите хронични чернодробни заболявания са редки.

Най-честата форма на чернодробно увреждане е т.н. стеатоза на черния дроб. Представлява отлагане на масти, а при определени условия прераства в стеатозен хепатит. Заплашени са лицата с диабет, затлъстяване и повишение на серумните липиди. Лечението е насочено преди всичко към корекция на отклоненията на метаболитните промени и подпомагане на функцията на черния дроб.

Необходимо ли е спазване на специална “чернодробна диета”?

В повечето случаи – не. Храненето трябва да бъде добре балансирано, разнообразно, без ограничения и редовно. При болестта на Уилсън се препоръчва избягване на храни, богати на мед (животински дреболлии, морски плодове, шоколад, ядки), а при хемохроматоза - тези, богати на желязо (червени на цвят меса).

Каква е прогнозата?

Прогнозата е благоприятна при навременна диагноза и ранно започнато лечение. Протичането на автоимунния хепатит е твърде индивидуално - в част от случаите с бърз преход в чернодробна цироза. В голяма част от случаите е необходимо дългогодишно лечение или лечение до живот.

КП № 77 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНИ ДИАРИИ С НАЧАЛО В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Други неинфекциозни гастроентерити и колити

K52.8 Други уточнени неинфекциозни гастроентерити и колити

Еозинофилен гастрит или гастроентерит

Нарушена резорбция в червата

Не включва: дължаща се на хирургична намеса върху стомашночревния тракт
(K91.2)

K90.0 Цьолиакия

Глутиночувствителна ентеропатия

Идиопатична стеаторея

Нетропично шпру

K90.1 Тропично шпру

Шпру БДУ

Тропична стеаторея

K90.2 Синдром на сляпата бримка, неклассифициран другаде

Синдром на сляпата бримка БДУ

Не включва: синдром на сляпата бримка:

- вроден (Q43.8)
- след хирургична намеса (K91.2)

K90.3 Панкреатична стеаторея

K90.4 Нарушена резорбция, причинена от непоносимост, неклассифицирана другаде

Нарушена резорбция, причинена от непоносимост към:

- въглехидрати
- масти
- белтък

Не включва: глутиночувствителна ентеропатия (K90.0)

непоносимост към лактоза (E73.—)

K90.8 Други нарушения на резорбцията в червата

Болест на Whipple (M14.8*)

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, неклассифицирани другаде

Не включва: гастроеюнална язва (K28.—)

радиационен:

- колит (K52.0)
- гастроентерит (K52.0)
- проктит (K62.7)

K91.2 Нарушение на резорбцията след хирургична намеса, неклассифицирано другаде

Синдром на сляпата бримка след хирургична намеса

Не включва: нарушение на резорбцията:

- остеомаляция при възрастни (M83.2)
- остеопороза след хирургични намеси (M81.3)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Панендоскопия	
30473-00	<i>Включва:</i> двойна балонна ендоскопия Панендоскопия до дуоденума Дуоденоскопия Гастроскопия Езофагогастродуоденоскопия [EGD]
Панендоскопия с ексцизия	
30473-01	Дуоденоскопия } Гастроскопия } с ексцизия Езофагогастродуоденоскопия [EGD] } <i>Включва:</i> двойно балонна ентероскопия Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия
30473-06	Панендоскопия до илеума с биопсия
Рентгенография на стомашно-чревен тракт	
58915-00	Контрастно изследване на тънки черва Серийно изследване на тънки черва <i>Включва:</i> предварителен общ план <i>Не включва:</i> такава на дуоденум (58909 [1975])
Фиброоптична колоноскопия	
32090-00	Фиброоптична колоноскопия до цекума Дълга колоноскопия <i>Включва:</i> оглед на илеума <i>Не включва:</i> такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
32084-00	Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика Гъвкава сигмоидоскопия Къса колоноскопия <i>Не включва:</i> тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с: <ul style="list-style-type: none"> • биопсия (32084-01 [911]) • полипектомия (32087-00 [911])
Фиброоптична колоноскопия с ексцизия	
32090-01	Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии Дълга колоноскопия с биопсия
Рентгенография на стомашно-чревен тракт	
58912-00	<i>Не включва:</i> безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977]) Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум с последващо изследване до дебело черво Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах и дуоденум и последваща до колон
58909-00	Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум <i>Включва:</i> предварителен общ план <i>Не включва:</i> контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975]) радиография на корем (58900-00 [1977])
58915-00	Контрастно изследване на тънки черва

	<p>Серийно изследване на тънки черва <i>Включва:</i> предварителен общ план <i>Не включва:</i> такава на дуоденум (58909 [1975])</p>
58921-00	<p>Друга контрастна клизма <i>Включва:</i> изследване с въздушен контраст предварителен общ план</p>
Рентгенография на корем или перитонеум	
58900-00	<p>Рентгенография на корем <i>Включва:</i> жлъчен тракт долна гастроинтестинална област ретроперитонеум стомах <i>Не включва:</i> тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])</p>
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
Микробиологични изследвания	
91937-00	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
91937-01	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91919-03	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за бактериална намазка
91919-04	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност
1925 Паразитологични изследвания	
91932-03	Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за паразитология
91932-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за бактериална намазка
91932-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за култура
91920-02	<p>Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура антибиограма</p>
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или

изпражнения за паразитология

- 91937-03 Микроскопско изследване на кръв за паразитология
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
- 92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

- 92077-00 Друга ректална промивка

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки
- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-05 Приложение на гама глобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

- 96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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
Виж допълнителни знаци**

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

Виж допълнителни знаци

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

- 96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
- 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в блок **Кодове на основни процедури**.

1. При отказ на пациента от ендоскопска процедура (което задължително се регистрира писмено и документът се съхранява от лечебното заведение), едната от диагностичните процедури задължително е рентгенографско изследване на гастроинтестиналния тракт.

2. Терапевтичните процедури: 96199-08; 96199-02 и 96199-02 се кодират само при тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

3. Терапевтична процедура 96199-09, 96200-09 и 96197-09 се кодира като в ИЗ изрично се посочва вида и количеството на приложеното вещество.

Основна процедура 92191-00 и 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.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол със или без снимка от ехография, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология", от обхвата на медицинска специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „конвенционална абдоминална ехография“ и/или „конвенционална горна и долна гастроинтестинална ендоскопия с биопсия – първо ниво“.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

- хронична диария, довела до тежка дехидратация - II или III степен (постентеритен синдром, целиакична криза), или при силно изразена малнотриция;
- диария, продължила над 14 дни, характеризираща се с отделянето на 5 до 8 и повече кашави или воднисти изпражнения, в по-голям обем, с неприятна миризма (кисела или зловонна) и наличие на несмлени хранителни частици в тях;
- наличие на малабсорбиционен (малдигестия и/или малабсорбция) и консумативен синдром, независимо от степента на изразеност странични чернодробни заболявания в детската възраст.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до края на първия ден от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 72 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност, горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. Клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Хроничните диарии са група заболявания с различна етиология. Общото между тях е хроничната диария, която има продължителност над 14 дни. Хроничните диарии най-често са свързани с малабсорбиционен синдром, дължащ се на първични или вторични поражения на тънкото или дебелото черво, на хепатобилиарната система или на панкреаса. Окончателната диагноза в повечето случаи е хистоморфологичната находка от тънко или дебело черво.

Диагнозата включва:

- Анамнеза и физикално изследване, следене на жизненоважни функции.
- Хематологични изследвания – хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, хематокрит, диференциално броене.
- Биохимични изследвания – общ белтък, албумин, кръвна захар, креатинин, урея, йонограма с калций и фосфор, серумно желязо, ЖСК, газов анализ; при показания – АСАТ, АЛАТ, ГГТП, АФ, билирубин с фракции, фибриноген, протромбиново време, протеинограма, имуноглобулини, автоантитела, липиди, холестерол.
- Урина – общо изследване.
- Урокултура и хемокултура - при клинични данни за инфекция.
- Изследване на фецес – микробиологично и паразитологично.
- Функционално изследване на тънко и дебело черво:
 - кръвен Д – ксилозен тест;
 - обременяване с ди- и монозахариди;
 - дихателен водороден тест;
 - рН и редуциращи субстанции във фецес;
 - копроцитограма;
 - масти в изпражненията;
 - фекален алфа 1 – антитрипсин.

- Инструментални изследвания:

- тънчочревна аспирационна биопсия с хистологично изследване – при целиакия, алергична гастроентеропатия, и по показания при постентеритен синдром;
- фиброезофагогастродуоденоскопия с етажни биопсии с хистологично изследване - при болест на Крон;
- фибросигмодоскопия и/или фиброколоноскопия с множествени биопсии с хистологично изследване – при улцерозен колит, други колити, болест на Крон;
- рентгеново-контрастно изследване на стомашно-чревния тракт или иригография - при показания;
- ехография на коремни органи – при показания.

Етиологична диагноза: антиглиадинови, антиендомизиумни антитела и антитела спрямо тъканна трансглутаминаза (целиакия); автоантитела (улцерозен колит, болест на Крон); микробиологично или вирусологично изследване на фецес, дихателен водороден тест (постентеритен синдром); хранителни елиминационно - провокационни тестове (алергия към хранителни протеини).

Други допълнителни изследвания - при показание – преглед на преден очен сегмент, консултация с ревматолог с оглед прояви на артрит (болест на Крон, улцерозен колит).

Лечението на хроничната диария зависи от нейната етиология. Едни от най-често срещаните хронични диарии в детска възраст са:

а) Постентеритен синдром

Диарията се наблюдава през първата година от живота. Обикновено последва остър гастроентерит, продължава повече от 14 дни и по-малко от 2 месеца. В някои случаи може да настъпи и вторична алергия към протеините на кравето мляко. Лечението е диетично – нисколактозно или хидролизирано мляко. По преценка могат да се назначат антимикробни средства и/или еубиотици.

б) Целиакия

Тази диария представлява генетично обусловена постоянна непоносимост на тънчочревната лигавица към глутена на житните храни. Лечението включва безглутенова диета за цял живот. При поставяне на диагнозата по показание може да са необходими – частично парентерално хранене, биопродукти (цялостна кръв, плазма, хуман-албумин), антибиотично лечение. При показания – нисколактозно мляко за първите 3 месеца след диагностициране на заболяването, както и прилагането на поливитамини (А, Д, Е, К, група В), микроелементи (калций, цинк), желязни и микрогранулирани панкреасни препарати. Фолиевата киселина се прилага в поддържаща доза от 5 mg ежедневно през първите 2 години след диагностициране на заболяването.

г) Алергия към протеините на кравето мляко и други хранителни протеини

Алергията към хранителни протеини се осъществява от 2 типа алергични реакции:

тип I (алергия към хранителни протеини – изявява се предимно с екстраинтестинални прояви) и тип IV (непоносимост към хранителни протеини). Последната се характеризира с изменения в тънчочревната лигавица (алергична ентеропатия). Непоносимостта към хранителни протеини се среща главно при кърмачета и деца до 2 -3 годишна възраст. Клинически се изявява със синдром на малабсорбция – безапетитие, хипотрофия, бледост (поради анемия), балониране на корема и хронична диария.

При 90 % от децата с хранителна алергия най-честите алергени са протеините на кравето мляко и соята и по-рядко тези на яйцата, пшеницата, фъстъците, рибата, говеждото и свинското месо; морските продукти, плодовете и зеленчуците. Лечението е главно диетично и се състои в отстраняване на хранителния алерген. Често болните са алергични към една, две или повече храни, които се изключват от диетата. При алергия към протеините на кравето мляко, която е най-често при кърмачета и малки деца, лечението се състои в пълното елиминиране на кравето мляко, млечните

продукти, телешкото и говеждо месо. Препоръчват се диетични млека на основата на хидролизиран белтък от краве мляко или колаген. След 6 месечна възраст могат да се предписват и млека на соева основа. Медикаментозното лечение включва прилагането на динатриев кромогликат, както и H1 – блокери.

При установени отклонения на лабораторни показатели и биоконстанти задължително се извършват контролни изследвания.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

- а) постентеритен синдром - въз основа на клиничните и лабораторните данни;
- б) целиакия - въз основа на клиничните, лабораторните, имунологичните и патохистологичните данни;
- в) улцерозен колит и болест на Крон – въз основа на клиничните, лабораторните, имунологичните и патохистологичните данни, както и резултатите от образната диагностика;
- д) алергия към хранителни протеини - въз основа на клиничните симптоми, лабораторните изследвания и елиминационно - провокационните тестове.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- овладяване на клиничната симптоматика;
- точно определяне на терапевтичната стратегия за продължение на лечението.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Хроничните диарии представляват нарушение в чревната абсорбция на основните хранителни съставки. Основната проява на това нарушение е хроничната диария. Съществуват разлики както в причините, така и в протичането на заболяването. Едни от най-често срещаните хронични диарии са постентеритният синдром, целиакията, хроничен улцерозен колит и болест на Крон и алергия към протеините на кравето мляко и други хранителни протеини.

Постентеритният синдром започва с проявите на остра инфекциозна диария – повишена температура, балониране на корема, колики, повръщане и диария. Ако независимо от приложеното антибактериално лечение и рехидратационно лечение диарията, която е водниста и има кисела миризма, продължи повече от две седмици, най-вероятно възниква диария при постентеритен синдром. Причината е във възникналите вторично ензимни дефицити, които не позволяват разграждането на въглехидратите (лактоза или захароза). Понякога възниква и вторична непоносимост към белтъците на кравето мляко и към други хранителни протеини (соя, яйца, брашно, риба). Лечението е главно диетично. Строгото спазване на диетата – без лактоза и/или захароза или използване на безмлечни храни, гарантира добрият изход на заболяването.

Целиакията е заболяване, изявяващо се най-често с хронична диария, отслабване, голям корем и промени в поведението на детето. При заболяването има вродена непоносимост към един белтък – глутена на житните храни (пшеница, ръж, овес, ечемик). Често в 10-15% от семействата на болното дете има и друг член на семейството с това заболяване, което може да е проявено или да е все още в латентно състояние. Основното лечение на целиакията при поставена чрез серологични тестове и тънкочревна биопсия диагноза, е строгото спазване на безглутенова диета за цял живот. Строгост на безглутеновата диета осигурява нормално пубертетно развитие, качество на живот и нормална репродуктивна способност.

Хроничният улцерозен колит и болестта на Крон са възпалителни чревни заболявания, с автоимунна генеза и все още неизяснени причини. Улцерозният колит и колитът при болестта на Крон протичат с хронична слузно-кървава диария, балониране на корема, повишаване на температурата и отслабване. При болестта на Крон хроничната диария може да се дължи на засягане на крайната част на тънкото черво и хроничната диария наподобява тази при целиакията. Лечението при улцерозният колит и болестта на Крон е сходно – прилагане на кортикостероиди, салазопирин или салофалк, имуран в различни комбинации в зависимост от тежестта на заболяването. Продължителността на лечението е две години или повече. Строгостта на лечението осигурява благоприятният изход на заболяването.

Алергията към протеините на кравето мляко е най-често срещана в кърмаческа и ранна детска възраст и честотата ѝ варира от 3 до 7 % от децата в европейските страни. Алергичната реакция е генетически обусловена, а предразполагащи фактори за ранната ѝ изява са хранене с краве мляко (адаптирано или квасено) в родилните домове или немотивирано преминаване към смесено или изкуствено хранене. Извън протеините на кравето мляко, макар и по-рядко алергична реакция може да бъде предизвикана и от белтъчините на соята, яйцата, пшеницата, фъстъците, рибата, говеждото и телешкото месо; морските продукти, цитрусовите и мъхестите плодове и от някои зеленчуци. Клиничните симптоми на хранителната алергия (главно към белтъците на кравето мляко) могат да се проявят часове след приема на краве мляко (адаптирано или квасено) или друга храна – алерген или да се забавят със седмици, което затруднява диагнозата. Ранните клинични прояви включват повръщане, отоци, подуване на коремчето, колики, диария, по-рядко запек. Много честа е появата на алергичен кожен обрив по лицето и тялото. Късните

клинични прояви са безапетитие, бледност (поради анемия) и хронична диария, която продължава повече от 2 седмици. Лечението е главно диетично и се състои в пълно изключване на съответната храна алерген. Често болните са алергични към една, две или повече храни, които се изключват от диетата. При алергия към протеините на кравето мляко у кърмачета и малки деца лечението се състои в пълното изключване на кравето мляко, млечните продукти, телешкото и говеждото месо. Кравето мляко се замества с хидролизирано или соево мляко.

Какво трябва да се направи за ранното диагностициране на хроничната диария у вашето дете?

При проява на диария продължаваща повече от две седмици (тук се изключва острата инфекциозна диария), при отслабване на детето, при промяна на апетита (понижен, капризен, избирателен) и поведението му, уголемяване на корема, всички тези прояви трябва да будят съмнение за започваща хронична диария.

Необходимо е да се осъществява незабавна консултация с общопрактикуващия лекар, да се изследват пълна кръвна картина и изпражнения за изключване на чревна инфекция. При отрицателен микробиологичен резултат детето се насочва към лекар-специалист по педиатрия от извънболничната помощ или към детска гастроентерологична клиника в болнично лечебно заведение.

КП № 78 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАН ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

КП № 78.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАН ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Инсулинозависим захарен диабет

Включва: захарен диабет

- лабилен
- с начало в млада възраст
- склонен към кетоза
- тип I

Не включва: захарен диабет (при):

- свързан с недोхранване (E12.—)
 - неонатален (P72.2)
 - бременност, раждане и послеродов период (O24.—)
- глюкозурия:
- БДУ (R81)
 - бъбречна (E74.8)
- нарушен глюкозен толеранс
- следхирургична хипоинсулинемия (E89.1)

E10.0 Инсулинозависим захарен диабет с кома

Диабетна:

- кома със или без кетоацидоза
- хиперосмоларна кома
- хипогликемична кома

Хипергликемична кома БДУ

E10.1 Инсулинозависим захарен диабет с кетоацидоза

Диабетна:

- ацидоза
 - кетоацидоза
- } без споменаване на кома

E10.2† Инсулинозависим захарен диабет с бъбречни усложнения

Диабетна нефропатия (N08.3*)

Интракапиллярна гломерулонефроза (N08.3*)

Синдром на Kimmelstiel-Wilson (N08.3*)

E10.3† Инсулинозависим захарен диабет с очни усложнения

Диабетна:

- катаракта (H28.0*)
- ретинопатия (H36.0*)

E10.4† Инсулинозависим захарен диабет с неврологични усложнения

Диабетна:

- амиотрофия (G73.0*)
- автономна невропатия (G99.0*)
- мононевропатия (G59.0*)
- полиневропатия (G63.2*)
- автономна (G99.0*)

E10.5† Инсулинозависим захарен диабет с периферни съдови усложнения

Диабетна:

- периферна ангиопатия† (I79.2*)

E10.7 Инсулинозависим захарен диабет с множествени усложнения

E10.9 Инсулинозависим захарен диабет без усложнения

Неинсулинозависим захарен диабет

- Включва:** диабет (захарен)(без затлъстяване)(със затлъстяване):
- с начало в зряла възраст
 - некетогенен
 - стабилен
 - тип II
- неинсулинзависим диабет при млади хора
- Не включва:** захарен диабет (при):
- свързан с недохранване (E12.—)
 - неонатален (P70.2)
 - бременност, раждане и послеродов период (O24.—)
- глюкозурия:
- БДУ (R81)
 - бъбречна (E74.8)
- нарушен глюкозен толеранс
- следхирургична хипоинсулинемия (E89.1)

E11.0 Неинсулинозависим захарен диабет с кома

Диабетна:

- кома със или без кетоацидоза
- хиперосмоларна кома
- хипогликемична кома

E11.1 Неинсулинозависим захарен диабет с кетоацидоза

Диабетна:

- ацидоза
 - кетоацидоза
- } без споменаване на кома

E11.2† Неинсулинозависим захарен диабет с бъбречни усложнения

Диабетна нефропатия (N08.3*)

Интракапилярна гломерулонефроза (N08.3*)

Синдром на Kimmelstiel-Wilson (N08.3*)

E11.3† Неинсулинозависим захарен диабет с очни усложнения

Диабетна:

- катаракта (H28.0*)
- ретинопатия (H36.0*)

E11.4† Неинсулинозависим захарен диабет с неврологични усложнения

Диабетна:

- амиотрофия (G73.0*)
- автономна невропатия (G99.0*)
- мононевропатия (G59.0*)
- полиневропатия (G63.2*)
- автономна (G99.0*)

E11.5† Неинсулинозависим захарен диабет с периферни съдови усложнения

Диабетна:

- периферна ангиопатия† (I79.2*)

E11.7 Неинсулинозависим захарен диабет с множествени усложнения

E11.9 Неинсулинозависим захарен диабет без усложнения

R 73.0 Отклонения на резултатите от нормата при теста за толерантност при глюкозата

Диабет:

- химичен
- латентен

Нарушена толерантност към глюкозата

Предиабет

Диагнозите **E10.2†**, **E10.3†**, **E10.4†**, **E10.5†**, **E11.2†**, **E11.3†**, **E11.4†** и **E11.5†** се използват за кодиране само в случаите, когато поводът за хоспитализация и основната диагноза е декомпенсиран захарен диабет, а останалите бъбречни, очни и неврологични заболявания са усложнения, произтичащи от основното заболяване.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Радиография на долен крайник

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
 при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1948 Дуплекс ултразвук на други съдове

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места

Дуплекс ултразвук на съдове БДУ

Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

90908-00 Ултразвук на друго място

1932 Изследвания на урината

Извършват се задължително всяко едно от следните:

- 91920-06 Изследване на рН на урина
- 91920-07 Изследване за кетотела в урината
- 91920-13 Изследване за амилаза в урината
- 91920-14 Изследване за белтък в урината
- 91920-16 Изследване за билирубин в урината
- 91920-17 Изследване за нитрити в урината
- 91920-18 Изследване за кетони в урината
- 91920-08 Изследване на захар в уринна проба
- 91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
 тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

1858 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Извършват се някои от следните изследвания:

91910-03 Кръвно-захарен профил
91910-24 Клинично-химични изследвания за гликиран хемоглобин
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1931 Хормонални изследвания

91904-14 Орален глюкозотолерансен тест
91225-04 Глюкагонов тест

Невромускулна електродиагностика

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот

96067-00 Хранителни/диетични консултации или образование
Не включва: превантивна консултация или обучение (96066-00 [1867])

96072-00 Предписани/самостоятелно избрани медикаменти, консултиране или обучение
Забележка: Медикаментозна консултация или обучение включва съвет за действие/ефект (странични или други) на лекарствата, върху управлението на лекарствения режим и върху изписването на медикаменти. Включва също съвет за предпазване от странични лекарствени ефекти и осигуряване на обучителни материали относно медикаментозното лечение. Този съвет може да бъде даден на клиентите или на други доставчици на услуги.
Не включва: консултация или обучение за системите за доставка на медикаменти (96071-00)

[1867])
съвети или обучение при привикване към субстанции (96073-00 [1867])

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96200-06	Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-06	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
91225-04	Глюкагонов тест
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължително едната включва някои от изследванията, посочени в блок 1923 и всички изследвания, посочени в блок 1932, и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната" Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

1. 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 ендокринология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Клинична лаборатория I ниво
3. Структура по Образна диагностика, разполагаща с рентгенов апарат.
4. Ехографски апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на

дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. Учебен център за обучение на пациенти и родители на деца със захарен диабет

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- двама лекари, от които поне единият е с призната специалност по ендокринология, вторият – с призната специалност по вътрешни болести или ендокринология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Спешна диагностика и лечение на болни със захарен диабет при:

- хипогликемия с персистиращо нарушение в съзнанието, кръвна захар под 3 mmol/l;
- диабетна кетоацидоза – кръвна захар над 14 mmol/l, кетонемия/кетонурия, ацидоза с $\text{pH} < 7.3$, $\text{HCO}_3^- < 15$ mmol/l;
- хипергликемични хиперосмоларни състояния – кръвна захар над 35 mmol/l на гладно, серумен осмолалитет над 320 mOsm/kg, ацидемия;

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при пациенти със захарен диабет за първоначално започване на инсулиново лечение:

- болни с новооткрит тип 1 захарен диабет за започване на инсулиново лечение;
- установени изчерпани инсулинови резерви на пациенти с тип 2 захарен диабет при кръвна захар над 10 mmol/l;

Диагностично уточняване и коригиране на терапевтично поведение при:

- тип 1 (инсулинозависим) неконтролиран диабет при деца под 18 години - при гликиран Hb (Hb A1c) над 8 % или при установена кръвна захар над 8 mmol/l на гладно и/или над 9 mmol/l постпрандиално при кръвнозахарен профил.
- новооткрит тип 2 захарен диабет до 18 годишна възраст;
- декомпенсиран захарен диабет до 18 годишна възраст;
- декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години при гликиран Hb (Hb A1c) над 8% или при установена кръвна захар над 14 mmol/l на гладно и/или 16 mmol/l постпрандиално при амбулаторно проведения кръвнозахарен профил, резултатите се доказват с лабораторен фиш (подписан от лекаря, извършил изследванията и с поставен личен печат), който се прилага към ИЗ;
- декомпенсиран захарен диабет и диабетна нефропатия (високи стойности на АН и

креатининов клирънс под 70 мл/мин или креатинин в серума над 135 микро мола /л) и/или диабетна макроангиопатия и/или диабетна ретинопатия и/или диабетна невропатия.

При настъпило остро метаболитно усложнение или животозастрашаващо състояние - хипо или хипергликемична кома, лицето се хоспитализира, независимо от датата на последна дехоспитализация.

Изискване: При прием на пациент с декомпенсиран диабет се представя официален подписан и подпечатан лабораторен фиш (подпис от лабораторния лекар, извършил изследванията) с отразена стойност на кръвната захар на гладно или постпрандиално или стойност на HbA1c.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания извън случаите на спешност се извършва до 24 час след началото на хоспитализацията. Образни изследвания – рентгенологични и ехографски се извършват до 48 часа от постъпването. Мониториране на кръвна захар, контролни клиничко – лабораторни и образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

2.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ДИАБЕТНА КЕТОАЦИДОЗА И ХИПЕРГЛИКЕМИЧНА КОМА ПРИ ВЪЗРАСТНИ

Диабетната кетоацидоза налага провеждане на лечение в болнични условия. Необходимо е периодично следене на жизнени показатели, ниво на кръвна захар, калий, АКР, ацетон в урината.

Венозно приложение на разтвори:

Рехидратацията се провежда с различни разтвори, съобразно нивото на кръвната захар.

- при кръвна захар над 35 mmol/l - 0,45% NaCl 500мл;
- при кръвна захар 13 -35 mmol/l – 0,9% NaCl 500мл;
- при кръвна захар 10 –13 mmol/l - 5% Sol.Glucosae 500мл;
- при кръвна захар 6 –10 mmol/l - 10% Sol.Glucosae 500мл.

Количеството на инжектираните разтвори зависи от общото състояние, състоянието на сърдечно-съдовата система, АН на пациента и др. Препоръчително е вливането на 2л течности през първите 4 часа, след което 2л за следващите 8 часа и след това 1л на 8 часа. При пациенти със сърдечна декомпенсация, количеството на инфузираните течности трябва да бъде под 200 ml/h и в съответствие с тежестта на сърдечната декомпенсация, като е препоръчително това да се извършва с инфузионна помпа (инфузомат).

Инсулин - прилага се бързодействащ инсулин венозно в доза 4-10 UI/h според нивото на кръвната захар.

Калий - прилага се под контрол на нивото на серумен калий:

- при серумен калий под 3,0 mmol/l – 40 mmol калий (2 амп. KCl);
- при серумен калий 3,0- 4,5 mmol/l – 20 mmol калий (1 амп. KCl);
- при серумен калий 4.5- 5.5 mmol/l – 10 mmol калий (1/2 амп. KCl);
- при серумен калий над 5.5 mmol/l - калий не се прилага.

Бикарбонати - прилагат се само при $pH \leq 6,9$. Не се прилагат болусно. Инфузиран се 100 ml 8,4% р-р на $NaHCO_3$ с 20 mmol калий (1 амп. KCl) за 30 минути.

Антибиотици. При съпътстваща инфекция е необходимо провеждане на антибиотично лечение (след провеждане на проби за чувствителност), мускулно или венозно. При наличие на антибиограма от хемо-и/или урокултура, съобразно резултата.

Хепарин - прилага се, когато пациентът е в кома или при изразен плазмен хиперосмолалитет (над 350 mOsm/l), в доза 4 x 5000Е дневно; подкожно или венозно.

Кислород – при нужда.

При мозъчен оток - манитол (18% 200 ml) за 20 мин; дексаметазон 6 mg/6 h (16-24 mg/24 h); поддържане на кръвната глюкоза между 10 -15 mmol/l (инфузии на глюкоза/инсулин); антиконвулсанти при нужда; седиране при нужда.

2.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ХИПОГЛИКЕМИЧНА КОМА ПРИ ВЪЗРАСТНИ

Хипогликемичната кома налага лечение в болнично заведение според тежестта на състоянието. Необходимо е периодично следене на хемодинамични показатели, дихателна функция, ниво на кръвната захар, диуреза и др.

1. Постоянен венозен път: продължителна инфузия според нивото на кръвната захар:

- 20 - 40 % Glucosa– строго i.v;

- 1 mg Glucagon - i.v, при невъзможност i.m или s.c;

- глюкозни разтвори (5 -10 g/h глюкоза);

- глюкозно-инсулинови разтвори (8 g/h глюкоза с 2 – 4 UI бързодействащ инсулин);

- обемът на вливанията се съобразява с хемодинамиката, мозъчния и бъбречния статус.

2. При клинични данни за мозъчен оток:

- mannitol (18%, 200ml) за 20 min, дексаметазон 6 mg/6h (16 - 24 mg/24h) поддържане на кръвната глюкоза между 10 –15 mmol/l;

- антиконвулсанти и седиране при нужда;

3. Продължаване на подновеното подкожно инсулиново лечение с коригирани дози.

4. Вливане на водно-електролитни разтвори, съобразно йонограмата, хематокрита и др.

5. Баланс на течности.

6. Инжектиране на хепарин при показание.

7. Подаване на кислород при показание.

8. Назначаване на хранителен режим.

9. Индивидуално обучение на пациента за хипогликемията.

10. Обсъждане с пациента на терапевтичния план след изписването от болницата.

2. 3. ЛЕЧЕНИЕ НА НОВООТКРИТ ДИАБЕТ ПРИ ВЪЗРАСТНИ

През първите един - два дни от хоспитализацията лечението се провежда с бързодействащ инсулин, инжектиран подкожно преди всяко хранене според нивото на измерената кръвна захар, и интермедиерен инсулин вечер преди сън.

След проверка на получения ефект чрез кръвнозахарни профили дозата се адаптира до постигане на най-добър резултат- кръвна захар между 4,5 и 7,0 mmol/l. В следващите дни се назначава постоянна инсулинова дозировка, като се вземат под внимание колебанията в гликемията в денонощието чрез 6-8 кратни кръвнозахарни профили (поне две постпрандиални гликемии и 1-2 нощни гликемии). Трайният инсулинов режим се определя индивидуално, съобразно колебанията на кръвната захар, особеностите на дневния режим на болния в дома, възможностите му за самостоятелно инжектиране на инсулина и др.

Избира се между:

- *Интензифицирано инсулиново лечение* с четирикратно инжектиране на инсулин: трикратно бързодействащ инсулин преди главните хранения и интермедиерен инсулин сутрин и вечер или дългодействащ инсулин веднъж дневно (вечер или сутрин).

- *Конвенционален режим* с интермедиерен инсулин или смесен (бързодействащ и интермедиерен инсулин) два пъти дневно; кръвноразтворните профили се правят през ден, за да се коригират дозите на инсулина с оглед постигане на стабилна гликемия в границите на добрия контрол; в този период се провежда обучение на болния за техниката на инжектиране на инсулина и за самоконтрола на гликемията в дома, за хранителния режим и мерките, които трябва да се вземат при евентуална хипогликемия или кетоацидоза.

2.4 ЛЕЧЕНИЕ НА ХИПЕРОСМОЛАРНА КОМА

1. Лечението започва с 20 до 30 Е бързодействащ инсулин, който се инжектира бавно венозно за 4-5 минути, разреден в 20 мл изотоничен разтвор на натриев хлорид (0,9%). Веднага след това се продължава с венозна капкова инфузия на инсулин със скорост 6 до 10 Е/час.

2. Оводняването на болния се извършва с изотоничен разтвор на натриев хлорид (0,9 %), като в първите два часа могат да се влеят от 500 до 1000 мл на час в зависимост от състоянието на сърдечно-съдовата система. След това се продължава с вливане на 500 мл на час. При болни със сърдечни заболявания, носещи риск от остра левокамерна недостатъчност, оводняването се провежда с по-малко течности на час.

3. При хипокалиемия се провежда калиево заместване чрез прибавяне на калиев хлорид в капковата инфузия в доза както при диабетна кетоацидоза.

4. За профилактика на възможни тромбози венозно се включва Heparin по 5000 Е на всеки 6 часа.

5. След спадане на осмолалитета под 300 mOsm/kg се преминава на лечение с инсулин на 6 часа, съобразно актуалната кръвна захар.

Отклонения:

1. При серумен натрий над 150 ммол/л (хипернатриемия) оводняването се извършва с хипотоничен разтвор на натриев хлорид (0,45%), като физиологичен разтвор се разрежда със стерилна дестилирана вода в съотношение 1:1.

2. Ако след 6-часова инфузия на изотоничен разтвор на натриев хлорид, серумният осмолалитет остава над 35 ммол/л, се преминава към оводняване с хипотоничен разтвор на натриев хлорид (0,45 %) -вж.т.1.

3. Ако кръвната захар след двучасова инфузия не се понижи с 30 %, дозата на инсулина на час се увеличава до два пъти.

4. При спадане на кръвната захар под 13 ммол/л и все още висока натриемия вместо изотоничен разтвор на натриев хлорид се използва 5% глюкозен серум.

5. При клинични прояви на мозъчен оток се провежда лечение с Hydrocortison, а при понижаване на осмолалитета под 300 mOsm/kg -с Mannitol.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

Обучение по време на болничния престой на пациенти и родители на деца със захарен диабет

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, резултата от кръвнoзахарния профил и другите лабораторни и инструментални изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация

Болният се изписва при:

- стабилизиране на състоянието (клинично и биохимично);
- компенсирaне на високите нива на кръвна захар - постигане на кръвна захар на гладно под 12 ммол/л;
- корекция на кетoацидозата – изчистване на кетотелата;
- корекция на електролитите;
- уточнена диагноза и уточнено домашно лечение;
- проведено обучение за самоконтрол и самолечение в дома.

Довършване на лечебния процес и проследяване

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.:

- до два контролни прегледа (включени в цената на клиничната пътека) при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

- продължаване на лечението
 - рехабилитация
- амбулаторно наблюдение/диспансеризация:

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Захарният диабет е заболяване, при което организмът не произвежда инсулин или пък образуваният инсулин не действа ефективно. Инсулинът се произвежда от задстомашната жлеза – панкреас. Голяма част от храната съдържа въглехидрати, които в червата се превръщат в глюкоза. Тя е вид захар, която дава енергия на организма. Инсулинът е необходим за изгаряне на глюкозата в тъканите, при което се отделя енергия, необходима за нормалното функциониране на клетките. Без инсулин глюкозата не може да се разгражда, натрупва се в кръвта, а организмът страда от недостиг на енергия.

Има два типа диабет:

Захарен диабет тип 1 – при този тип не се произвежда инсулин или производеният е крайно недостатъчен. Това налага нужният инсулин да се внася в организма с помощта на инжекции. Диабет тип 1 се среща най-често при деца и млади хора, но се наблюдава и при възрастни.

Захарен диабет тип 2 – при този тип диабет производеният инсулин не може да понижи достатъчно кръвната захар в организма, поради намаленото изгаряне на глюкозата в клетките. В повечето случаи това се дължи на натрупване на голямо количество мазнини в организма (наднормено тегло). Лечението се състои в диетичен режим, нормализиране на теглото, физическа активност и прием на таблетки за понижаване на кръвната захар.

Симптоми:

При диабет тип 1 началото на болестта най-често е внезапно. Болните се оплакват от често уриниране, жажда, сухота в устата, безсилие, лесна умора, отслабване на тегло, по-чести инфекции, влошено зрение.

При диабет тип 2 началото е незабележимо и симптомите невинаги са добре изразени. Често болните са със затлъстяване, имат сърбеж по половите органи, обща отпадналост и уринират по няколко пъти през нощта. Често болестта остава неоткрита дълго време и едва поява на някакво усложнение става повод за поставяне на диагнозата.

Лечение: захарният диабет е хронично заболяване, което изисква непрекъснато лечение за поддържане на добър контрол на кръвната захар и за предотвратяване на диабетните усложнения. Това изисква спазване на диетичен режим с изключване на рафинирана захар, сладкиши, подсладени напитки и мед от храната. Препоръчва се консумация на повече зеленчуци и плодове и по-малко мазнини, поддържане на нормално тегло и повишена физическа активност. Тип 1 се лекува с инсулинови инжекции, а тип 2 - с таблетки.

Болните трябва да следят периодично кръвната си захар, за да се прецени ефективността на лечението.

КП № 78 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАН ЗАХАРЕН ДИАБЕТ

КП № 78.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАН ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Инсулинозависим захарен диабет

Включва: захарен диабет

- лабилен
- с начало в млада възраст
- склонен към кетоза
- тип I

Не включва: захарен диабет (при):

- свързан с недोхранване (E12.—)
- неонатален (P72.2)
- бременност, раждане и послеродов период (O24.—)

глюкозурия:

- БДУ (R81)
- бъбречна (E74.8)

E10.0 Инсулинозависим захарен диабет с кома

Диабетна:

- кома със или без кетоацидоза
 - хиперосмоларна кома
 - хипогликемична кома
- Хипергликемична кома БДУ

E10.1 Инсулинозависим захарен диабет с кетоацидоза

Диабетна:

- ацидоза
 - кетоацидоза
- } без споменаване на кома

E10.2† Инсулинозависим захарен диабет с бъбречни усложнения

Диабетна нефропатия (N08.3*)

Интракапиллярна гломерулонефроза (N08.3*)

Синдром на Kimmelstiel-Wilson (N08.3*)

E10.3† Инсулинозависим захарен диабет с очни усложнения

Диабетна:

- катаракта (H28.0*)
- ретинопатия (H36.0*)

E10.4† Инсулинозависим захарен диабет с неврологични усложнения

Диабетна:

- амиотрофия (G73.0*)
- автономна невропатия (G99.0*)
- мононевропатия (G59.0*)
- полиневропатия (G63.2*)
- автономна (G99.0*)

E10.5† Инсулинозависим захарен диабет с периферни съдови усложнения

Диабетна:

- периферна ангиопатия† (I79.2*)

E10.7 Инсулинозависим захарен диабет с множествени усложнения

E10.9 Инсулинозависим захарен диабет без усложнения

Неинсулинозависим захарен диабет

Включва: диабет (захарен)(без затлъстяване)(със затлъстяване):

- с начало в зряла възраст

- некетогенен
 - стабилен
 - тип II
- неинсулинзависим захарен диабет при млади хора
- Не включва:** захарен диабет (при):
- свързан с недохранване (E12.—)
 - неонатален (P70.2)
 - бременност, раждане и послеродов период (O24.—)
- глюкозурия:
- БДУ (R81)
 - бъбречна (E74.8)
- нарушен глюкозен толеранс
- следхирургична хипоинсулинемия (E89.1)
- E11.0 Неинсулинозависим захарен диабет с кома**
Диабетна:
- кома със или без кетоацидоза
 - хиперосмоларна кома
 - хипогликемична кома
- E11.1 Неинсулинозависим захарен диабет с кетоацидоза**
Диабетна:
- ацидоза
 - кетоацидоза
- } без споменаване на кома
- E11.2† Неинсулинозависим захарен диабет с бъбречни усложнения**
Диабетна нефропатия (N08.3*)
Интракапилярна гломерулонефроза (N08.3*)
Синдром на Kimmelstiel-Wilson (N08.3*)
- E11.3† Неинсулинозависим захарен диабет с очни усложнения**
Диабетна:
- катаракта (H28.0*)
 - ретинопатия (H36.0*)
- E11.4† Неинсулинозависим захарен диабет с неврологични усложнения**
Диабетна:
- амиотрофия (G73.0*)
 - автономна невропатия (G99.0*)
 - мононевропатия (G59.0*)
 - полиневропатия (G63.2*)
 - автономна (G99.0*)
- E11.5† Неинсулинозависим захарен диабет с периферни съдови усложнения**
Диабетна:
- периферна ангиопатия† (I79.2*)
- E11.7 Неинсулинозависим захарен диабет с множествени усложнения**
- E11.9 Неинсулинозависим захарен диабет без усложнения**

Повишено съдържание на глюкоза в кръвта

- Не включва:** захарен диабет (E10—E14)
- в периода на бременността, раждането и послеродовия период (O24.—)
 - неонатални нарушения (P70.0—P70.2)
 - следхирургична хипоинсулинемия (E89.1)

R73.0 Отклонения на резултатите от нормата при теста за толерантност при глюкозата

Диабет:

- химичен
- латентен

Нарушена толерантност към глюкозата

Предиабет

Диагнозите **E10.2†**, **E10.3†**, **E10.4†**, **E10.5†**, **E11.2†**, **E11.3†**, **E11.4†** и **E11.5†** се използват за кодиране само в случаите, когато поводът за хоспитализация и основната

диагноза е декомпенсиран захарен диабет, а останалите бъбречни, очни и неврологични заболявания са усложнения, произтичащи от основното заболяване.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на други съдове	
	<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
90911-00	Дуплекс ултразвук на съдове на други места Дуплекс ултразвук на съдове БДУ <i>Не включва:</i> при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])
Ултразвук на други места	
90908-00	Ултразвук на друго място
1932 Изследвания на урина	
Извършват се някои от следните:	
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-13	Изследване за амилаза в урината
91920-14	Изследване за белтък в урината
9192016	Изследване за билирубин в урината
91920-17	Изследване за нитрити в урината
91920-18	Изследване за кетони в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-03	Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
по преценка се извършват и:	
91920-02	Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура антибиограма
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
	<i>Не включва:</i> амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854]) тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Извършват се някои от следните:

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди
91925-00 Изследване на хормон fT4
91925-01 Изследване на хормон TSH
91910-24 Клинично-химични изследвания за гликиран хемоглобин

По преценка:

91915-00 Други имунологични изследвания

1931 Хормонални изследвания

91904-14 Орален глюкозотолерансен тест
91225-04 Глюкагонов тест

Невромускулна електродиагностика

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот

96067-00 Хранителни/диетични консултации или образование
Не включва: превантивна консултация или обучение (96066-00 [1867])

96072-00 Предписани/самостоятелно избрани медикаменти, консултиране или обучение
Забележка: Медикаментозна консултация или обучение включва съвет за действие/ефект (странични или други) на лекарствата, върху управлението на лекарствения режим и върху изписването на медикаменти. Включва също съвет за предпазване от странични лекарствени ефекти и осигуряване на обучителни материали относно медикаментозното лечение. Този съвет може да бъде даден на клиентите или на други доставчици на услуги.

Не включва: консултация или обучение за системите за доставка на медикаменти (96071-00 [1867])
съвети или обучение при привикване към субстанции (96073-00 [1867])

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96200-06	Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-06	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
91225-04	Глюкагонов тест
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, от които едната включва задължително някои от изследванията от блок 1923 и блок 1932, и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска ендокринология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната” и първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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 детска ендокринология или Клиника/отделение по педиатрия
2. Клинична лаборатория I ниво
3. Структура по образна диагностика, разполагаща с рентгенов апарат
4. Ехографски апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на

дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. Учебен център за обучение на пациенти и родители на деца със захарен диабет

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по детска ендокринология
или

лекар със специалност по педиатрия с опит в областта на ендокринологията (опит се доказва след представяне на сертификат за проведено обучение от Клиника по детска ендокринология);

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Спешна диагностика и лечение на болни със захарен диабет при:

- болни от захарен диабет с персистиращо нарушение в съзнанието, кръвна захар под 3 mmol/l (установена от ОПЛ, спешна помощ или приемен кабинет);
- диабетна кетоацидоза
- болни с хиперосмоларитет – кръвна захар над 35 mmol/l на гладно или серумен осмолалитет над 320 mOsm/kg;

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при пациенти със захарен диабет за първоначално започване на инсулиново лечение:

- болни с новооткрит тип 1 захарен диабет за започване на инсулиново лечение;
- болни с тип 2 захарен диабет с изчерпани инсулинови резерви за започване на инсулиново лечение при кръвна захар над 10.0 mmol/l;

Диагностично уточняване и коригиране на терапевтично поведение при:

- болни с тип 1 (инсулинозависим) неконтролиран диабет – при гликиран Hb (Hb A1c) над 8% или при установена кръвна захар над 8 mmol/l на гладно и/или над 9 mmol/l постпрандиално при кръвнoзахарен профил.
- болни с новооткрит тип 2 захарен диабет до 18 годишна възраст;
- декомпенсиран захарен диабет до 18 годишна възраст;
- болни с декомпенсиран захарен диабет, високи стойности на АН и креатининов клирънс под 70 мл/мин или креатинин в серума над 135 микро мола /л;

При настъпило остро метаболитно усложнение или животозастрашаващо състояние - хипо или хипергликемична кома, лицето се хоспитализира, независимо от датата на последна дехоспитализация.

Изискване: При прием на пациент с декомпенсиран диабет се представя официален подписан и подпечатан лабораторен фиш (подпис от лабораторния лекар, извършил изследванията) с отразена стойност на кръвната захар на гладно или постпрандиално или стойност на HbA1c.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ В Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания извън случаите на спешност се извършва до 24 час след началото на хоспитализацията. Образни изследвания – рентгенологични и/или ехографски се извършват до края на болничния престой. Мониторирането на кръвна захар се извършва ежедневно, контролни клинично-лабораторни и образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

2.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ДИАБЕТНА КЕТОАЦИДОЗА И ХИПЕРГЛИКЕМИЧНА КОМА ПРИ ДЕЦА

Рехидратация

- провежда се само с физиологичен разтвор (0,9% NaCl) по 100 ml/kg т.м;
- първите два часа - 20% от нужните течности;
- следващите 6 часа - 30% от нужните течности;
- следващите 16 часа - останалите 50%.

Инсулиново лечение

• интензифицирано венозно - по 0,1 UI/kg.т.м./h бързодействащ човешки инсулин, разтворен във физиологичен разтвор;

• венозният инсулин се изключва при пълно нормализиране на параметрите на КАС, като 30 минути преди това се инжектира подкожен бързодействащ човешки инсулин в доза, съобразена с възрастта на детето, теглото и часа на денонощието. Постепенно се преминава на трикратен или четирикратен инсулинов режим.

Подпомагане корекцията на метаболитната ацидоза

Само при pH под 7,0 с количество NaHCO_3 , изчислено по формулата:

$$\text{NaHCO}_3 = \frac{T \times 0,3 \times (\text{BE} - 5)}{2}$$

Не повече от 80 ml еднократно, разреден с 0,9% NaCl 1:2; 1:3; за 40 - 60 минути; никога като първа течност за рехидратация и не по-рано от 30-та минута от началото на лечението.

Корекция на калиевия дефицит

- начало - след втория час, ако няма диуреза, детето се катетеризира; липсата на диуреза не винаги е противопоказание за включване на калий;
- доза 2-4 mEq/kg т.м. венозно, концентрация 4-8 mEq/100ml инфузионна течност (физиологичен разтвор, глюкоза или коктейли от двата разтвора);
- през следващите 3 дни корекцията продължава през устата в доза 100 mg/kg т.м. в три или четири приема в денонощието.

Мониториране - кръвна глюкоза на всеки час; скорост на спадане не повече от 5.5 mmol/l/h и концентрация не по-ниска от 8-10mmol/h. КАС на 2 часа до нормализиране на параметрите. Урина за ацетон на всяка порция.

Максимално ранно хранване с антикетогенна храна.

Лечение на придружаващо заболяване (напр. инфекция).

2.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ХИПОГЛИКЕМИЧНА КОМА ПРИ ДЕЦА

Лечение:

1. Glucagon - 1 mg (при деца над 8 г. възраст) и 0,5 mg (под 8 години) s.c. Дозата може да се повтори след 30 минути (при необходимост).

Glucosa 40% -20% – i.v. в доза 1ml/kg т.м. струйно за 1 - 3 минути, след което се оставя поддържаща инфузия 10% р-р на Glucosa непрекъснато, в количество, равно на въглехидратите за определен интервал от време и съобразено с нивото на кръвната глюкоза. Последната се поддържа в граници около 15 mmol/l (с глюкозна инфузия).

Всяко следващо действие се определя от състоянието на детето. При проявяване на съзнанието и възможност за приемане на вода и храна, детето се нахранва. Ако хипогликемията е била продължителна и симптомите на мозъчен едем са налице, последователно се прилага:

- Mannitol – 0,5 – 1,0 g/kg 18% р-р, струйно, за 5-10 минути;
- Human albumin - 1 g/kg 20% р-р, за 30 - 60 минути;
- Dexametazon - 2 mg/kg венозно;
- Furosemid - 2-4 mg/kg венозно.

Някои от медикаментите могат да се използват втори път.

При липса на ефект и засягане на жизнено важните центрове се пристъпва към интубация и апаратна вентилация. През цялото време до излизане от комата 10% разтвор на Glucosa тече непрекъснато.

2.3 ЛЕЧЕНИЕ НА НОВООТКРИТ ДИАБЕТ ПРИ ДЕЦА

Лечение:

Инсулинови препарати.

У нас всички пациенти с новооткрит тип 1 захарен диабет се лекуват само с биосинтетични човешки инсулини. В детската възраст се използват само бързодействащи инсулинови препарати и такива с интермедиерно действие.

- **Бързодействащи инсулинови препарати.**
- **Интермедиерни инсулини.**
- **Смесени инсулинови препарати** (бързодействащ + интермедиерен в различно съотношение).
- **Инсулинови аналози** - бързодействащи и/или дългодействащи аналози само по индикации, определени от специалист по детска ендокринология.

Инсулинова доза и режими

При новооткрит диабет, както и във всички следващи фази от клиничната еволюция на диабета, не съществуват строги канонизирани критерии за инсулиновата доза и режим. Те са строго индивидуални, често се променят и зависят от възрастта на детето, телесната маса, състоянието на метаболитния контрол (ниво на кръвната захар, ацетонурия), съпътстващи или интеркурентни заболявания.

- При новооткрит диабет в **кърмаческа възраст** инсулинът се дозира:
- по 0,5 – 0,7 U/kg т.м. в трикратен режим **или** четрикратен режим

- Във възрастта **2 - 7 години** инсулиновата доза е 0,7 – 0,9 UI/kg т.м. и посочените инсулинови режими.
- При деца **над 8-годишна възраст** инсулиновата доза е 1,0 UI/kg т.м. в същите инсулинови режими.
- В **пубертетната възраст** инсулиновата доза може да достигне до 1,5 UI/kg т.м. Над тази доза се приема наличието на инсулинова резистентност.

2.4 ЛЕЧЕНИЕ НА НЕКОНТРОЛИРАН ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ПРИ ДЕЦА

Диагностичните и терапевтичните процедури са идентични с тези, включени в протокола за лечение на новооткрит захарен диабет при деца.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, резултата от кръвноразхарния профил и другите лабораторни и инструментални изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация

Болният се изписва при:

- стабилизиране на състоянието (клинично и биохимично);
- компенсиране на високите нива на кръвна захар;
- корекция на кетонацидозата;
- корекция на електролитите;
- уточнена диагноза и уточнено домашно лечение;
- проведено обучение за самоконтрол и самолечение в дома.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Захарният диабет е заболяване, при което организмът не произвежда инсулин или пък образуваният инсулин не действа ефективно. Инсулинът се произвежда от задстомашната жлеза – панкреас. Голяма част от храната съдържа въглехидрати, които в червата се превръщат в глюкоза. Тя е вид захар, която дава енергия на организма. Инсулинът е необходим за изгаряне на глюкозата в тъканите, при което се отделя енергия, необходима за нормалното функциониране на клетките. Без инсулин глюкозата не може да се разгражда, натрупва се в кръвта, а организмът страда от недостиг на енергия.

Има два типа диабет:

Захарен диабет тип 1 – при този тип не се произвежда инсулин или производеният е крайно недостатъчен. Това налага нужният инсулин да се внася в организма с помощта на инжекции. Диабет тип 1 се среща най - често при деца и млади хора, но се наблюдава и при възрастни.

Захарен диабет тип 2 – при този тип диабет производеният инсулин не може да понижи достатъчно кръвната захар в организма, поради намаленото изгаряне на глюкозата в клетките. В повечето случаи това се дължи на натрупване на голямо количество мазнини в организма (наднормено тегло). Лечението се състои в диетичен режим, нормализиране на теглото, физическа активност и прием на таблетки за понижаване на кръвната захар.

Симптоми:

При диабет тип 1 началото на болестта най - често е внезапно. Болните се оплакват от често уриниране, жажда, сухота в устата, безсилие, лесна умора, отслабване на тегло, по-чести инфекции, влошено зрение.

При диабет тип 2 началото е незабележимо и симптомите невинаги са добре изразени. Често болните са със затлъстяване, имат сърбеж по половите органи, обща отпадналост и уринират по няколко пъти през нощта. Често болестта остава неоткрита дълго време и едва поява на някакво усложнение става повод за поставяне на диагнозата.

Лечение: захарният диабет е хронично заболяване, което изисква непрекъснато лечение за поддържане на добър контрол на кръвната захар и за предотвратяване на диабетните усложнения. Това изисква спазване на диетичен режим с изключване на рафинирана захар, сладкиши, подсладени напитки и мед от храната. Препоръчва се консумация на повече зеленчуци и плодове и по-малко мазнини, поддържане на нормално тегло и повишена физическа активност. Тип 1 се лекува с инсулинови инжекции, а тип 2 -с таблетки.

Болните трябва да следят периодично кръвната си захар, за да се прецени ефективността на лечението.

КП № 79 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА

КП № 79.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

C73 Злокачествено новообразование на щитовидната жлеза

Други видове хипотиреозидизъм

Не включва: хипотиреозидизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреозидизъм след медицинска намеса (E89.0)

- E03.0 Вроден хипотиреозидизъм с дифузна гуша**
- E03.1 Вроден хипотиреозидизъм без гуша**
- E03.2 Хипотиреозидизъм , дължащ се на лекарства и други екзогенни вещества**
- E03.3 Постинфекциозен хипотиреозидизъм**
- E03.5 Микседемна кома**
- E03.8 Други уточнени видове хипотиреозидизъм**
- E03.9 Хипотиреозидизъм, неуточнен**
Микседем БДУ

Други видове нетоксична гуша

Не включва: вродена гуша:

- БДУ
- дифузна (E03.0)
- паренхиматозна

гуша, свързана с йоден недоимък (E00—E02)

- E04.1 Нетоксичен единичен възел на щитовидната жлеза**
Колоиден възел (кистозен)(тиреоиден)
Нетоксичен единичен възел
Тиреоиден (кистозен) възел БДУ
- E04.2 Нетоксична полинодозна гуша**
Кистозна гуша БДУ
Полинодозна (кистозна) гуша БДУ

Тиреотоксикоза [хипертиреозидизъм]

Не включва: хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза (E06.2)
неонатална тиреотоксикоза (P72.1)

- E05.0 Тиреотоксикоза с дифузна гуша**
Екзофталмична или токсична гуша БДУ
Болест на Graves
Токсична дифузна гуша
- E05.1 Тиреотоксикоза с токсичен единичен тиреоиден възел**
Тиреотоксикоза с токсична едновъзлеста гуша
- E05.2 Тиреотоксикоза с токсична полинодозна гуша**
Токсична възлеста гуша БДУ
- E05.3 Тиреотоксикоза от ектопична тиреоидна тъкан**
- E05.4 Тиреотоксикоза, изкуствено предизвикана (factitia)**
- E05.5 Тиреотоксична криза или кома**
- E05.8 Други видове тиреотоксикоза**
Хиперсекреция на тиреостимулиращ хормон
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код

за външни причини (клас XX).
E05.9 Тиреотоксикоза, неуточнена
Хипертиреоидизъм БДУ
Тиреотоксична болест на сърцето† (I43.8*)

Тиреоидит

Не включва: тиреоидит след раждане (O90.5)

E06.0 Остър тиреоидит

Тиреоидит:

- пиогенен
- гноен

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

E06.1 Подостър тиреоидит

Тиреоидит:

- на de Quervain
- гигантоклетъчен
- грануломатозен
- негноен

Не включва: автоимунен тиреоидит (E06.3)

E06.2 Хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза

Не включва: автоимунен тиреоидит ((E06.3)

E06.3 Автоимунен тиреоидит

Тиреоидит на Hashimoto

Хашитоксикоза (преходна)

Лимфоаденоматозна гуша

Лимфоцитарен тиреоидит

Лимфоматозна гуша

E06.4 Медикаментозен тиреоидит

При необходимост от идентифициране на лекарствения препарат се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Други болести на щитовидната жлеза

E07.0 Хиперсекреция на калцитонин

С-клетъчна хиперплазия на щитовидната жлеза

Хиперсекреция на тиреокалцитонин

E07.8 Други уточнени болести на щитовидната жлеза

Дефект на тироксин-свързващия глобулин

Кръвоизлив

Инфаркт

Синдром на болест с еутиреоидизъм

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, неклаифицирани другаде

E89.0 Следпроцедурен хипотиреоидизъм

Хипотиреоидизъм след облъчване

Следоперативен хипотиреоидизъм

Увреждания на слъзния апарат и орбитата при болести, класифицирани другаде

H06.2* Екзофталм при нарушение на функцията на щитовидната жлеза (E05.—†)

O90.5 Послеродов тиреоидит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс
фаринкс
слюнчена жлеза
горен хранопровод

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава за шиен гръбнак (виж блок [1959])
такава при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шията

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

Друга рентгенография

90903-00 Рентгенография на мека тъкан, неклассифицирана другаде

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур

Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

1940 Ултразвук на глава или шия

Извършват се и се отчитат задължително:

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

и

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

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

и

91925-00 Изследване на хормон fT4

91925-01 Изследване на хормон TSH

и/или

91915-00 Други имунологични изследвания

и/или

91919-19 Имунохистохимични изследвания

и/или

91225-03 Функционален тест с хормони

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Терапии с използване на агенти, неклаифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук

Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

Прилагане на терапевтична доза на незапечатан радиоизотоп

16009-00 Прилагане на лечебна доза 131 – йод

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
 - фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
- хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изисквания: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени три диагностични процедури, от които задължително посочените в блок 1940- ултразвук на глава и шия (55028-00 и 55032-00) и (91910-04; 91925-00; 91925-01; 91915-00; 91919-19; 91225-03), и една терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ)

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната“.

1. 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 ендокринология или Клиника/отделение по вътрешни болести II или III ниво
2. Клинична лаборатория II ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидна жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари, от които поне двама са с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- болни с тежка тиреотоксикоза и заплашваща тиреотоксична криза;
- хипотиреоидизъм с усложнения (сърдечна недостатъчност, перикарден или друг излив, ТАО, миастенна симптоматика, съпътстващ хипопаратиреоидизъм – постаблативен, идиопатичен);
- хипертиреоидизъм с усложнения (левкопения, алергия към тиреостатици, токсичен медикаментозен хепатит, сърдечна недостатъчност, ТАО, миастенна симптоматика).

1.2. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- среднотежка, тежка и усложнена тиреотоксикоза до и след започване на тиреостатично лечение;
- тежка тиреоидасоциирана офталмопатия(ТАО) – III в, IV б, V и VI класове;
- ТАО от клас >2б (NOSPECS – ETA) и активност;
- ТАО след телегаматерapia;

- ТАО след 131 йод терапия и след хирургично лечение на щитовидната жлеза;
- новооткрит, неуточнен или вроден хипотиреоидизъм;

1.3. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при пациенти с:

- клиника за компресия в шийната област;
- съмнение за тиреоидит, кръвоизлив в тиреоидна киста;
- неуточнена пареза на възвратен нерв;
- неуточнена бързонарастваща струма, възлеста гуша и други състояния и заболявания на щитовидната жлеза.
- доказани заболявания на щитовидната жлеза при пациенти, които провеждат лечение в извънболничната помощ и при които провежданото лечение не дава задоволителен ефект по преценка на лекаря ендокринолог, провеждащ лечението.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания, извън случаите на спешност се извършва до 48 часа от началото на хоспитализацията. Ехография се извършва до 72 часа от постъпването на пациента.

ЛЕЧЕНИЕ

- **медикаментозно:** тиреостатици, кортикостероиди;
- **фонофореза с глюкокортикоиден унгвент;**
- **симптоматично лечение на усложненията:** кортикостероиди, кардиотоници, диуретици, антиаритмични средства, антихипертензивни, антибиотици, инсулин.

Лечение на болни с ТАО

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза и очния статус се провежда тридневен венозен пулс с кортикостероид. След около 2 месеца се прави контролен преглед и според активността на заболяването се преценява нуждата от пореден курс пулс-терапия. Понякога клиничният ход на заболяването налага провеждането на 4 – 6 (при нужда повече) лечебни курса. Всяка хоспитализация за пулс-терапия трябва да се отчита като нова клинична пътека.

Лечение на болни с хипертиреоидизъм с усложнения – левкопения, алергия, токсичен хепатит

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус, съпътстващите консервативното лечение усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кортикостероид венозно с последваща амбулаторно терапия пер ос, колони-стимулиращ фактор, антибиотици, витамини, луголов разтвор, бета-блокери, хепатопротективни средства, антиалергични средства.

Лечение на болни с хипертиреоидизъм със сърдечно-съдови усложнения (ритъмни или проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, артериална хипертония)

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите сърдечно-съдови усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кардиотоник – парентерално или пер ос; диуретик – парентерално или пер ос; антиаритмично средство – парентерално или пер ос; антихипертензивно средство – парентерално или пер ос.

Лечение на болни с хипотиреоидизъм със сърдечно-съдови усложнения (ритъмни или проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, артериална хипертония)

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите сърдечно-съдови усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кардиотоник – парентерално или пер ос; диуретик – парентерално или пер ос; антиаритмично средство – парентерално или пер ос; антихипертензивно средство – парентерално или пер ос.

Поведение при злокачествени образувания на щитовидната жлеза

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза болният се насочва за радикално оперативно лечение.

Поведение при доброкачествени образувания на щитовидната жлеза

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза се определя терапевтичното поведение и болният се насочва за:

- оперативно лечение;
- ¹³¹Йод лечение;
- алкохолизация – перкутанно инжектиране на абсолютен алкохол в доброкачествено новообразувание на щитовидната жлеза;
- аспирация на съдържимото от киста на щитовидната жлеза;
- активно наблюдение и диспансеризация от ендокринолог при редовен ехографски контрол.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната находка, резултатите от клинично-лабораторните показатели.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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

Медицински критерии за дехоспитализация:

- медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинично и биохимично);
- уточнена диагноза и уточнено домашно лечение;
- анализирани резултати от изследване на тиреоидни хормони (fT4 иTSH);
- анализирани резултати от ехография на щитовидна жлеза;
- проведена терапевтична схема за венозни инфузии с кортикостероиди по повод на ТАО;
- проведено симптоматично лечение на усложненията при тиреоидни заболявания;
- проведена фонофореза с глюкокортикоиден унгвент.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги в обхвата на допълнителния пакет по време на хоспитализация:

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при пациенти:

1. клиника за компресия в шийната област;
2. съмнение за тиреоидит, кръвоизлив в тиреоидна киста;
3. неуточнена пареза на възвратен нерв;
4. неуточнена бързонарастваща струма, възлеста гуша и други състояния и заболявания на щитовидната жлеза;
5. доказани заболявания на щитовидната жлеза при пациенти, които провеждат лечение в извънболничната помощ и при които провежданото лечение не дава удовлетворителен ефект по преценка на лекаря ендокринолог, провеждащ лечението.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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"* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ *“ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”*.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Базедовата болест е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията е повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването обичайно се лекува с тиреостатик около 18-24 месеца при строг регулярен контрол от специалиста - ендокринолог, при който се диспансеризира. Изследвания се провеждат изходно, на около 20-30 дни до нормализиране на хормоните и при достигане на поддържащата доза на тиреостатика, а след това на 2-3 месеца за целия срок на лечение. Ехография на щитовидната жлеза се провежда изходно и в динамика. При част от болните има алергия към тиреостатика, намаление в броя на левкоцитите в кръвта, токсичен хепатит и други усложнения, които налагат допълнителни хоспитализации, изследвания и съответно лечение. При част от болните се провежда оперативно лечение или лечение със ¹³¹йод, за които се провежда допълнителна подготовка.

Хашитоксикоза е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията е повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването се лекува за различен срок от време при строг и чест контрол от специалиста-ендокринолог, при който се диспансеризира. Изследвания се провеждат изходно, на около 20-30 дни до нормализиране на хормоните и при достигане на поддържаща доза на тиреостатика, а след това на 2-3 месеца за целия срок на лечение. Ехография на щитовидната жлеза се прави изходно и в динамика. При част от болните има алергия към тиреостатика, намаление в броя на левкоцитите в кръвта, токсичен хепатит и други усложнения, които налагат допълнителни хоспитализации, изследвания и съответно лечение. При част от болните се провежда оперативно лечение или лечение със ¹³¹йод, за които се провежда допълнителна подготовка.

Тиреоидит на Хашимото е хронично заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията на щитовидната жлеза може да бъде нормална, намалена или повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог поне 2 пъти годишно с проследяване на тиреоидните хормони и тиреоидните Ат, както и ехография на щитовидната жлеза – изходно и в динамика. При част от болните се налага включване на лечение с таблетки при определени условия. При част от болните се налага провеждане на оперативно лечение.

Възлеста гуша е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията на щитовидната жлеза може да бъде нормална, повишена или намалена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с възли на щитовидната жлеза. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог 1-2 пъти годишно с проследяване на тиреоидните хормони, ехография за проследяване на структурните промени в щитовидната жлеза и в някои случаи тиреосцинтиграфия. При част от болните се налага включване на лечение с таблетки при определени условия. При част от болните при точно определени показания се налага провеждане на оперативно лечение.

Подостър тиреоидит е заболяване на щитовидната жлеза, което често е свързано с прекарана инфекция. Функцията на щитовидната жлеза може да бъде временно повишена, по-късно намалена и впоследствие отново нормална. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог на около 30 дни няколко месеца до овладяване на възпалителния процес. За диагностициране на заболяването се изследват кръвната картина, СУЕ, тиреоидни хормони, ¹³¹йод каптация и ехография на щитовидната жлеза. Лечението се провежда с таблетки при динамичен контрол от ендокринолога. Рядко се оперира.

КП № 79 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА

КП № 79.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

С73 Злокачествено новообразувание на щитовидната жлеза

Други видове хипотиреозидизъм

Не включва: хипотиреозидизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреозидизъм след медицинска намеса (E89.0)

- E03.0 Вроден хипотиреозидизъм с дифузна гуша
- E03.1 Вроден хипотиреозидизъм без гуша
- E03.2 Хипотиреозидизъм , дължащ се на лекарства и други екзогенни вещества
- E03.3 Постинфекциозен хипотиреозидизъм
- E03.5 Микседемна кома
- E03.8 Други уточнени видове хипотиреозидизъм
- E03.9 Хипотиреозидизъм, неуточнен
Микседем БДУ

Други видове нетоксична гуша

Не включва: вродена гуша:
• БДУ
• дифузна (E03.0)
• паренхиматозна
гуша, свързана с йоден недоимък (E00—E02)

- E04.1 Нетоксичен единичен възел на щитовидната жлеза
Колоиден възел (кистозен)(тиреоиден)
Нетоксичен единичен възел
Тиреоиден (кистозен) възел БДУ
- E04.2 Нетоксична полинодозна гуша
Кистозна гуша БДУ
Полинодозна (кистозна) гуша БДУ

Тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм]

Не включва: хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза (E06.2)
неонатална тиреотоксикоза (P72.1)

- E05.0 Тиреотоксикоза с дифузна гуша
Екзофталмична или токсична гуша БДУ
Болест на Graves
Токсична дифузна гуша
- E05.1 Тиреотоксикоза с токсичен единичен тиреоиден възел
Тиреотоксикоза с токсична едновъзлеста гуша
- E05.2 Тиреотоксикоза с токсична полинодозна гуша
Токсична възлеста гуша БДУ
- E05.3 Тиреотоксикоза от ектопична тиреоидна тъкан
- E05.4 Тиреотоксикоза, изкуствено предизвикана (factitia)
- E05.5 Тиреотоксична криза или кома
- E05.8 Други видове тиреотоксикоза
Хиперсекреция на тиреостимулиращ хормон
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).
- E05.9 Тиреотоксикоза, неуточнена

Хипертиреозидизъм БДУ
Тиреотоксична болест на сърцето† (I43.8*)

Тиреоидит

Не включва: тиреоидит след раждане (O90.5)

E06.0 Остър тиреоидит

Тиреоидит:

- пиогенен
- гноен

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

E06.1 Подостър тиреоидит

Тиреоидит:

- на de Quervain
- гигантоклетъчен
- грануломатозен
- негноен

Не включва: автоимунен тиреоидит (E06.3)

E06.2 Хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза

Не включва: автоимунен тиреоидит ((E06.3)

E06.3 Автоимунен тиреоидит

Тиреоидит на Hashimoto

Хашитоксикоза (преходна)

Лимфоаденоматозна гуша

Лимфоцитарен тиреоидит

Лимфоматозна гуша

E06.4 Медикаментозен тиреоидит

При необходимост от идентифициране на лекарствения препарат се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Други болести на щитовидната жлеза

E07.0 Хиперсекреция на калцитонин

С-клетъчна хиперплазия на щитовидната жлеза

Хиперсекреция на тиреокалцитонин

E07.8 Други уточнени болести на щитовидната жлеза

Дефект на тироксин-свързващия глобулин

Кръвоизлив

Инфаркт

} в щитовидната жлеза

Синдром на болест с еутиреозидизъм

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, неklasифицирани другаде

E89.0 Следпроцедурен хипотиреоидизъм

Хипотиреоидизъм след облъчване

Следоперативен хипотиреоидизъм

Увреждания на слъзния апарат и орбитата при болести, класифицирани другаде

H06.2* Екзофталм при нарушение на функцията на щитовидната жлеза (E05.—†)

O90.5 Послеродов тиреоидит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс
фаринкс
слюнчена жлеза
горен хранопровод

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава за шиен гръбнак (виж блок [1959])
такава при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шията

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

Друга рентгенография

90903-00 Рентгенография на мека тъкан, неклассифицирана другаде

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55030-00 Ултразвук на орбитално съдържание-

Ултразвук на око (двупланово) (еднопланово)

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Някои от следните:

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

и

91925-00 Изследване на хормон fT4

и

91925-01 Изследване на хормон TSH

и/или

91915-00 Други имунологични изследвания

и/или

91919-19 Имунохистохимични изследвания

и/или

91225-03 Функционален тест с хормони

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Терапии с използване на агенти, неклаифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук

Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

Прилагане на терапевтична доза на незапечатан радиоизотоп

16009-00 Прилагане на лечебна доза 131 – йод

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
- хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изисквания: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени две диагностични процедури и една терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ)

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска ендокринология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

1. 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 детска ендокринология
2. Клинична лаборатория II ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидна жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по детска ендокринология и болести на обмяната и квалификация по ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- болни с тежка тиреотоксикоза и заплашваща тиреотоксична криза;
- хипотиреоидизъм с усложнения (сърдечна недостатъчност, перикарден или друг излив, ТАО, миастенна симптоматика, съпътстващ хипопаратиреоидизъм – постаблативен, идиопатичен);
- хипертиреоидизъм с усложнения (левкопения, алергия към тиреостатици, токсичен медикаментозен хепатит, сърдечна недостатъчност, ТАО, миастенна симптоматика).

1.2. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- заболявания на щитовидната жлеза в детска възраст;
- среднотежка, тежка и усложнена тиреотоксикоза до и след започване на тиреостатично лечение;
- тежка тиреоидасоциирана офталмопатия(ТАО) – III в, IV б, V и VI класове;
- ТАО от клас >2б (NOSPECS – ETA) и активност;

- ТАО след телегаматерапия;
- ТАО след 131 йод терапия и след хирургично лечение на щитовидната жлеза;
- новооткрит, неуточнен или вроден хипотиреозидизъм;

1.3. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при пациенти с:

- клиника за компресия в шийната област;
- съмнение за тиреоидит, кръвоизлив в тиреоидна киста;
- неуточнена пареза на възвратен нерв;
- неуточнена бързонарастваща струма, възлеста гуша и други състояния и заболявания на щитовидната жлеза.
- доказани заболявания на щитовидната жлеза при пациенти, които провеждат лечение в извънболничната помощ и при които провежданото лечение не дава задоволителен ефект по преценка на лекар-ендокринолог, провеждащ лечението.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания, извън случаите на спешност се извършва до 48 часа от началото на хоспитализацията. Ехография се извършват до 72 часа от постъпването на пациента.

ЛЕЧЕНИЕ

- **медикаментозно:** тиреостатици, кортикостероиди;
- **фонофореза с глюкокортикоиден унгвент;**
- **симптоматично лечение на усложненията:** кортикостероиди, кардиотоници, диуретици, антиаритмични средства, антихипертензивни, антибиотици, инсулин.

Лечение на болни с ТАО

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза и очния статус се провежда тридневен венозен пулс с кортикостероид. След около 2 месеца се прави контролен преглед и според активността на заболяването се преценява нуждата от пореден курс пулс-терапия. Понякога клиничният ход на заболяването налага провеждането на 4 – 6 (при нужда повече) лечебни курса. Всяка хоспитализация за пулс-терапия трябва да се отчита като нова клинична пътека.

Лечение на болни с хипертиреоидизъм с усложнения – левкопения, алергия, токсичен хепатит

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус, съпътстващите консервативното лечение усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кортикостероид венозно с последваща амбулаторно терапия пер ос, колони-стимулиращ фактор, антибиотици, витамини, луголов разтвор, бета-блокери, хепатопротективни средства, антиалергични средства.

Лечение на болни с хипертиреозидизъм със сърдечно-съдови усложнения (ритъмни или проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, артериална хипертония)

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите сърдечно-съдови усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кардиотоник – парентерално или пер ос; диуретик – парентерално или пер ос; антиаритмично средство – парентерално или пер ос; антихипертензивно средство – парентерално или пер ос.

Лечение на болни с хипотиреозидизъм със сърдечно-съдови усложнения (ритъмни или проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, артериална хипертония)

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите сърдечно-съдови усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кардиотоник – парентерално или пер ос; диуретик – парентерално или пер ос; антиаритмично средство – парентерално или пер ос; антихипертензивно средство – парентерално или пер ос.

Поведение при злокачествени образувания на щитовидната жлеза

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза болният се насочва за радикално оперативно лечение.

Поведение при доброкачествени образувания на щитовидната жлеза

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза се определя терапевтичното поведение и болният се насочва за:

- оперативно лечение;
- ¹³¹Йод лечение;
- алкохолизация – перкутанно инжектиране на абсолютен алкохол в доброкачествено новообразувание на щитовидната жлеза;
- аспирация на съдържимото от киста на щитовидната жлеза;
- активно наблюдение и диспансеризация от ендокринолог при редовен ехографски контрол.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната находка, резултатите от клинично-лабораторните показатели.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинично и биохимично);
- уточнена диагноза и уточнено домашно лечение;
- анализирани резултати от изследване на тиреоидни хормони (fT4 иTSH);
- анализирани резултати от ехография на щитовидна жлеза;
- проведена терапевтична схема за венозни инфузии с кортикостероиди по повод на ТАО;
- проведено симптоматично лечение на усложненията при тиреоидни заболявания;
- проведена фонофореза с глюкокортикоиден унгвент.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги в обхвата на допълнителния пакет по време на хоспитализация:

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при пациенти:

1. клиника за компресия в шийната област;
2. съмнение за тиреоидит, кръвоизлив в тиреоидна киста;
3. неуточнена пареза на възвратен нерв;
4. неуточнена бързонарастваща струма, възлеста гуша и други състояния и заболявания на щитовидната жлеза;
5. доказани заболявания на щитовидната жлеза при пациенти, които провеждат лечение в извънболничната помощ и при които провежданото лечение не дава задоволителен ефект по преценка на лекаря ендокринолог, провеждащ лечението.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ *“ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Базедовата болест е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията е повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването обичайно се лекува с тиреостатик около 18-24 месеца при строг регулярен контрол от специалиста - ендокринолог, при който се диспансеризира. Изследвания се провеждат изходно, на около 20-30 дни до нормализиране на хормоните и при достигане на поддържащата доза на тиреостатика, а след това на 2-3 месеца за целия срок на лечение. Ехография на щитовидната жлеза се провежда изходно и в динамика. При част от болните има алергия към тиреостатика, намаление в броя на левкоцитите в кръвта, токсичен хепатит и други усложнения, които налагат допълнителни хоспитализации, изследвания и съответно лечение. При част от болните се провежда оперативно лечение или лечение със 131-йод, за които се провежда допълнителна подготовка.

Хашитоксикоза е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията е повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването се лекува за различен срок от време при строг и чест контрол от специалиста-ендокринолог, при който се диспансеризира. Изследвания се провеждат изходно, на около 20-30 дни до нормализиране на хормоните и при достигане на поддържаща доза на тиреостатика, а след това на 2-3 месеца за целия срок на лечение. Ехография на щитовидната жлеза се прави изходно и в динамика. При част от болните има алергия към тиреостатика, намаление в броя на левкоцитите в кръвта, токсичен хепатит и други усложнения, които налагат допълнителни хоспитализации, изследвания и съответно лечение. При част от болните се провежда оперативно лечение или лечение със 131-йод, за които се провежда допълнителна подготовка.

Тиреоидит на Хашимото е хронично заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията на щитовидната жлеза може да бъде нормална, намалена или повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог поне 2 пъти годишно с проследяване на тиреоидните хормони и тиреоидните Ат, както и ехография на щитовидната жлеза – изходно и в динамика. При част от болните се налага включване на лечение с таблетки при определени условия. При част от болните се налага провеждане на оперативно лечение.

Възлеста гуша е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията на щитовидната жлеза може да бъде нормална, повишена или намалена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с възли на щитовидната жлеза. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог 1-2 пъти годишно с проследяване на тиреоидните хормони, ехография за проследяване на структурните промени в щитовидната жлеза и в някои случаи тиреосцинтиграфия. При част от болните се налага включване на лечение с таблетки при определени условия. При част от болните при точно определени показания се налага провеждане на оперативно лечение.

Подостър тиреоидит е заболяване на щитовидната жлеза, което често е свързано с прекарана инфекция. Функцията на щитовидната жлеза може да бъде временно повишена, по-късно намалена и впоследствие отново нормална. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог на около 30 дни няколко месеца до овладяване на възпалителния процес. За диагностициране на заболяването се изследват кръвната картина, СУЕ, тиреоидни хормони, 131-йод каптация и ехография на щитовидната жлеза. Лечението се провежда с таблетки при динамичен контрол от ендокринолога. Рядко се оперира.

КП № 80 ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХИПОФИЗАТА И НАДБЪБРЕКА

КП № 80.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХИПОФИЗАТА И НАДБЪБРЕКА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A18.7† Туберкулоза на надбъбреците (E35.1*)
Болест на Addison с туберкулозна етиология

A39.1 Синдром на Waterhouse-Friderichsen

Злокачествено новообразувание на надбъбречната жлеза

C74.0 Кора (кортекс) на надбъбречната жлеза

C74.1 Медула на надбъбречната жлеза

C74.9 Надбъбречна жлеза, неуточнена част

Злокачествено новообразувание на други ендокринни жлези и сродни структури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.1 Хипофиза

C75.2 Краниофарингеален канал

C75.3 Епифизна (пинеална) жлеза

C75.4 Каротидни телца

C75.5 Аортно телце и други параганглии

C75.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза, друга

Забележка: Ако локализациите на множествените лезии са известни, те трябва да бъдат кодирани поотделно.

Доброкачествено новообразувание на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.0 Надбъбречна жлеза

D35.2 Хипофиза

D35.3 Краниофарингеален канал

D35.4 Епифизна (пинеална) жлеза

D35.5 Каротидно телце

D35.6 Аортно телце и други параганглии

D35.7 Други уточнени ендокринни жлези

D35.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза

Новообразуване с неопределен или неизвестен характер на ендокринните жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D37.7)
яйчник (D39.1)
тестис (D40.1)
тимус (D38.4)

D44.1 Надбъбречна жлеза

D44.3 Хипофиза

D44.4 Краниофарингеален канал

D44.5 Епифизна (пинеална) жлеза

D44.6 Каротидно телце

D44.7 Аортно телце и други параганглии

D44.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза
Множествена ендокринна аденоматоза

Хиперфункция на хипофизата

Не включва: синдром на Cushing (E24.—)
синдром на Nelson (E24.1)
хиперсекреция на:
• АСТН, несвързана със синдром на Cushing (E27.0)
• хипофизарен АСТН (E24.0)
• тироид-стимулиращ хормон TSH (E05.8)

E22.0 Акромегалия и хипофизарен гигантизъм

Артропатия, свързана с акромегалия† (M14.5*)

Хиперсекреция на растежен хормон

Не включва: конституционален:
• гигантизъм (E34.4)
• висок ръст (E34.4)
хиперсекреция на рилизинг-хормон на растежния хормон (GHRH) (E16.8)

E22.1 Хиперпролактинемия

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало хиперпролактинемия, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E22.2 Синдром на неадекватна секреция на антидиуретичен хормон

E22.8 Други хиперфункции на хипофизата

Преждевременен пубертет с централен произход

Хипофункция и други разстройства на хипофизата

Включва: изброените състояния, предизвикани от заболявания на хипофизата и хипоталамуса

E23.0 Хипопитуитаризъм

Фертилен евнухоиден синдром

Хипогонадотропен хипогонадизъм

Идиопатичен дефицит на растежния хормон

Изолиран дефицит от:

- гонадотропен хормон
- растежен хормон
- други хормони на хипофизата

Синдром на Kallmann

Нанизъм на Lorain-Levi

Некроза на хипофизната жлеза (след раждане)

Панхипопитуитаризъм

Хипофизарни:

- кахексия
- недостатъчност БДУ
- нанизъм

Синдром на Sheehan

Болест на Simmonds

- E23.1 Медикаментозен хипопитуитаризъм**
- E23.2 Безвкусен диабет**
Не включва: нефрогенен безвкусен диабет (N25.1)
- E23.3 Хипоталамична дисфункция, неклассифицирана другаде**
Не включва: синдром на Prader-Willi (Q87.1)
синдром на Russell-Silver (Q87.1)
- E23.6 Други болести на хипофизата**
Абсцес на хипофизата
Адипозогенитална дистрофия
- E23.7 Болест на хипофизата, неуточнена**

Синдром на Cushing

- E24.0 Синдром на Cushing с хипофизарен произход**
Хиперсекреция на хипофизарен АСТН
Хиперадренокортицизъм с хипофизарен произход
- E24.1 Синдром на Nelson**
- E24.2 Медикаментозно предизвикан синдром на Cushing**
- E24.3 Ектопичен АСТН синдром**
- E24.8 Други състояния с Cushing синдром**

Адреногенитални разстройства

- Включва:** адреногенитални синдроми, вирилизация или феминизация, придобити или обусловени от хиперплазия на надбъбреците, която възниква вследствие на вродени ензимни дефекти в синтеза на хормоните
- женски:
- адренален псевдохермафродитизъм
 - хетеросексуален преждевременен псевдопубертет
- мъжки:
- изосексуален преждевременен псевдопубертет
 - преждевременна макрогенитосомия
 - преждеременно полово узряване с хиперплазия на надбъбреците вирилизация (при жени)
- E25.0 Вродени адреногенитални разстройства, свързани с ензимен дефицит**
Вродена надбъбречна хиперплазия
Дефицит на 21-хидроксилаза
Вродена надбъбречна хиперплазия със загуба на соли
- E25.8 Други адреногенитални разстройства**
- E25.9 Адреногенитално разстройство, неуточнено**

Хипералдостеронизъм

- E26.0 Първичен хипералдостеронизъм**
Синдром на Conn
Първичен алдостеронизъм, дължащ се на надбъбречна хиперплазия (двустранна)
- E26.1 Вторичен хипералдостеронизъм**
- E26.8 Други форми на хипералдостеронизъм**
Включва и синдром на Bartter

Други разстройства на надбъбречните жлези

- E27.0 Други видове хиперсекреция на кората на надбъбреците**
Хиперсекреция на АСТН, несвързана с болестта на Cushing

Преждевременно аденархе
Не включва: синдром на Cushing (E24.—)

E27.1 Първична недостатъчност на кората на надбъбреците

Болест на Addison
Автоимунен адреналит

E27.2 Адисонова криза

E27.3 Медикаментозно обусловена адренокортикална недостатъчност

E27.4 Други видове и неуточнена адренокортикална недостатъчност

Адренални:

- кръвоизлив
- инфаркт

Недостатъчност на надбъбречната кора БДУ

Хипоалдостеронизъм

Не включва: адренолеводистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

Синдром на Waterhouse-Friderichsen (A39.1)

E27.5 Адреномедуларна хиперфункция

Адреномедуларна хиперплазия
Катехоламинава хиперсекреция

E27.8 Други уточнени нарушения на надбъбреците

Дисфункция на яйчниците

Не включва: изолиран гонадотропен дефицит (E23.0)
недостатъчност на яйчниците след медицински процедури (E89.4)

E28.0 Хиперестрогения

E28.1 Хиперандрогения

Хиперсекреция на овариални андрогени

E28.2 Синдром на поликистоза на яйчниците

Склерокистозен овариален синдром
Синдром на Stein-Leventhal

E28.3 Първична яйчникова недостатъчност

E28.8 Овариални дисфункции

Овариална хиперфункция БДУ

Дисфункция на тестисите

Не включва: синдром на андрогенна резистентност (E34.5)
азооспермия или олигоспермия БДУ (N46)
изолиран гонадотропен дефицит (E23.0)
синдром на Klinefelter (Q98.0—Q98.2, Q98.4)
хипофункция на тестисите след медицински процедури (E89.5)
тестикуларна феминизация (синдром) (E34.5)

E29.0 Тестикуларна хиперфункция

Хиперсекреция на тестикуларни хормони

E29.1 Тестикуларна хипофункция

Дефект в биосинтезата на тестикуларния андроген БДУ
5-α-редуктазен дефицит (с мъжки псевдохермафродитизъм)
Тестикуларен хипогонадизъм БДУ

E30.0 Закъснял пубертет

E30.1 Преждевременен пубертет

E30.8 Други нарушения на пубертета

Полигландуларна дисфункция

Не включва: атаксия-телеангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)
миотонична дистрофия [Steinert] (G71.1)

псевдохипопаратиреоидизъм (E20.1)

E31.0 Автоимунна полигландуларна недостатъчност
Синдром на Schmidt

E31.1 Полигландуларна хиперфункция
Не включва: множествена ендокринна аденоматоза (D44.8)

E31.8 Друга полигландуларна дисфункция

Други ендокринни разстройства

Не включва: псевдохипопаратиреоидизъм (E20.1)

E34.0 Карциноиден синдром

Забележка: При необходимост от идентифициране на функционална активност, свързана с карциноиден тумор, може да се използва допълнителен код.

E34.1 Други състояния на хиперсекреция на чревни хормони

E34.2 Ектопична хормонална секреция, неклассифицирана другаде

E34.3 Нанизъм, неклассифициран другаде

Нанизъм:

- БДУ
- конституционален
- тип Laron
- психосоциален

Не включва: прогерия (E34.8)
синдром на Russel-Silver (Q87.1)
къси крайници с имунодефицит (D82.2)
нанизъм:

- ахондропластичен (Q77.4)
- хипохондропластичен (Q77.4)
- при специфични дисморфични синдроми — код на синдрома (виж Алфавитния указател)
- алиментарен (E45)
- хипофизен (E23.0)
- ренален (N25.0)

E34.4 Конституционално висок ръст

E34.5 Синдром на андрогенна резистентност

Мъжки псевдохермафродитизъм с андрогенна резистентност
Разстройство на периферния хормонален рецептор
Синдром на Reifenstein
Тестикуларна феминизация (синдром)

E34.8 Други уточнени ендокринни разстройства

Дисфункция на пинеалната жлеза
Прогерия

Разстройства на ендокринните жлези при болести, класифицирани другаде

E35.1* Разстройства на надбъбреците при болести, класифицирани другаде

Адисонова болест с туберкуозна етиология (A18.7†)

Синдром на Waterhouse-Friderichsen (менингококов) (A39.1†)

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, неклассифицирани другаде

E89.3 Следпроцедурен хипопитуитаризъм

Хипопитуитаризъм след облъчване

Хипертрихоза

Включва: свръхокосмяване

Не включва: вродена хипертрихоза (Q84.2)
персистиращо лануго (Q84.2)

L68.0 Хирзутизм

Нарушения, които са резултат от увредена функция на бъбречните тубули

Не включва: метаболитни нарушения, класифицирани в E70—E90

N25.1 Бъбречен инсипиден диабет

N62 Хипертрофия на млечната жлеза

Q87.1 Синдроми на вродени аномалии, свързани предимно с нисък ръст

Синдром на Turner

Не включва: синдром на Noonan (Q87.1)

Q96.0 Кариотип 45,X

Q96.1 Кариотип 46,X iso (Xq)

Q96.2 Кариотип 46,X със структурно абнормална полова хромозома, различна от iso (Xq)

Q96.3 Мозаицизм, 45,X/46, XX или XY

Q96.4 Мозаицизм, 45,X/друга клетъчна линия (линии) с абнормална полова хромозома

Q96.8 Други варианти на синдрома на Turner

Други хромозомни аберации, некласифицирани другаде

Q99.1 46,XX с истински хермафродитизъм

46,XX с ивицести гонади

46,XY с ивицести гонади

Чиста гонадна дисгенезия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Компютърна томография на корем и таз

Включва: кост
бъбрек, уретер и мехур
меки тъкани
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56501-00 Компютърна томография на корем и таз

56507-00 Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

1983 Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

1940 Ултразвук на глава и шия

Извършват се и се отчитат задължително:

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалогграфия

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])

такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

и

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

1932 Изследвания на урината

Включва някои от следните:

- 91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
- 91920-12 Химично изследване на урина
- 91920-14 Изследване за белтък в урината
- 91226-04 Изследване на 24 часова диуреза за креатинин
- 91226-05 Изследване на 24 часова диуреза за калий
- 91226-06 Изследване на 24 часова диуреза за калций
- 91226-07 Изследване на 24 часова диуреза за фосфор
- 91226-08 Изследване на 24 часова диуреза за белтък
- 91226-09 Изследване на 24 часова диуреза за кортизол
- 91226-10 Изследване на 24 часова диуреза за уринен осмоларитет
- 91226-11 Функционална проба с жадуване
- 91226-12 Функционална проба с NaCl
- 91226-13 Функционална проба с антидиуретин

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92183-06 Микроскопско изследване на проба от ендокринна жлеза за хистология

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва някои от следните:

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

или

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

и

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

и

91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

и

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

или

91210-00 Изследване на плазмен осмоларитет

или

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

или

Някой от следните хормонални изследвания:

91925-03 Изследване на хормон LH

91925-04 Изследване на хормон FSH

91925-05 Изследване на хормон Prolactin

91925-00 Изследване на хормон fT4

91925-01 Изследване на хормон TSH

91925-16 Изследване на Ренин

91925-18 Изследване на Прокалцитонин (PCT)

91925-06 Изследване на хормон Estradiol

91925-07 Изследване на хормон Testosterone

91925-08 Изследване на хормон Progesterone

91225-02 Изследване на кортизолов ритъм

91925-19 Други хормонални 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

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])

	<ul style="list-style-type: none"> • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
	хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
	<i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96200-06	Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-06	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: При кодове №№ **C75.(1-8)**, **D35.(0-8)**, **D44.(0-8)**, **E22.0**, **E24.0**, **E26.0**, **E27.5**, **E34.0** и **E34.2** клиничната пътека се счита за завършена, ако са проведени три основни диагностични процедури:

А) образно изследване:

При кодове **C75.(1-8)** – МРТ на хипофиза

При кодове **D35.(0-8)** – КТ или МРТ

При кодове **D44.(0-8)** – КТ или МРТ

При код **E22.0** – рутинно рентгеново изследване или КТ или МРТ.

При код **E24.0** – МРТ

При код **E26.0** - КТ или МРТ

При код **E27.5** - КТ или МРТ

При код **E34.0** - КТ или МРТ

При код **E34.2** - КТ или МРТ

Б) от блок 1923

и една терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

КТ и МРТ изследване, направено извън лечебното заведение за болнична медицинска помощ до 3 месеца преди датата на постъпване, да се счита за актуално образно изследване за завършване на клиничната пътека.

В случаите, при които има извършено образно изследване КТ или МРТ с давност до 1 година от настоящата хоспитализация, вместо тези изследвания може да се осъществи - диагностичен ултразвук на глава и шия. Датата на предишното изследване - КТ или МРТ (с давност до 1 г.) се доказва със съответната медицинска документация (или копие от нея), която се прикрепва към ИЗ. Тези случаи вместо с кодовете на КТ или МРТ (или рутинно рентгеново изследване при E22.0) се отчитат с диагностичен ултразвук на глава и шия.

При необходимост пациентът се насочва към хирургична клиника за радикално оперативно лечение или към клиника/отделение по лъчелечение.

В останалите случаи клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, от които задължително посочена в блок 1932 и блок 1923 и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната“.

1. 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 ендокринология или Клиника по хипоталамо-хипофизарни, надбъбречни и гонадни заболявания
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. КТ/МРТ
2. Лаборатория/отделение по клинична патология
3. Лаборатория по имунология
4. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;

- лекар със специалност клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- Адисонова криза;
- ВНХ (вродена надбъбречна хиперплазия) солгубеща форма – криза;

1.2 Диагностика и лечение, в т. ч. субституираща терапия при:

- състояния след оперативна намеса в областта на хипофизата (краниофарингеом, аденом на хипофизата или други туморни формации) - за субституираща терапия;
- липса на хипофизарни структури, водеща до тежко нарушение на хормоналния баланс в организма и състояния, застрашаващи живота на пациента - за субституираща терапия;
- пациенти с високи стойности на АН и съмнение за феохромоцитом или syndrome Cushing и първичен алдостеронизъм и други форми на минерало-кортикоидна хипертония.
- установена необходимост от непрекъснато болнично наблюдение и лечение в хода на амбулаторна процедура;
- необходимост от уточняване и/или корекция на провежданото амбулаторно лечение на хронични заболявания в детската възраст по искане на лекаря, провеждащ наблюдението в извънболничната помощ;

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания, извън случаите на спешност се извършва до 48 час след началото на хоспитализацията. Образни изследвания – рентгенологични и ехографски се извършват до 72 часа от постъпването. Контролни клинично – лабораторни и образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

Лечение на панхипопитуитаризъм

Съответна хормонална субституция – растежен хормон, тиреоидни хормони и гонадотропини/полови стероиди, при необходимост и глюкокортикоиди.

Лечение на ВНХ сол-губеща форма – криза и Адисонова криза

Венозно вливане на солеви разтвори и кортикостероиди, минералкортикоиди.

Лечение на безвкусен диабет

Заместителна терапия с АДХ

Лечение на надбъбречна недостатъчност

Глюкокортикоиди

Минералкортикоиди

Лечение на хипертонични кризи при феохромоцитом

Алфа-блокери

Централни алфа 2 агонисти

Натриев нитропрусид

Лечение на АХ при първичен алдостеронизъм и други минералокортикоидни хипертонии

Антагонисти на алдостерона

Калий-задържащи диуретици

Лечение на АХ при ендокринни заболявания

Лечение на основното заболяване

АСЕ инхибитори

AT2 рецепторни антагонисти

Калциеви антагонисти

Диуретици

Бета-блокери

Алфа-блокери

Централни алфа 2 агонисти

Агонисти на имидазолиновите рецептори

Тумори на хипофиза и надбъбреци

След диагностичното уточняване болните се насочват своевременно за хирургично лечение като при необходимост се започва хормонално лечение. След период от 1 до 3 месеца от операцията, се извършва оценка на състоянието и евентуално се започва хормонозаместващо лечение.

Поликистозни яйчници

Според конкретния случай се извършва със:

- противозачатъчни средства;
- антиандрогени и противозачатъчни средства;
- гонадотропини;
- други стимулатори на овулацията;

В много случаи успоредно с горните или самостоятелно се назначават сенсibiliзиращи към инсулина средства.

Стерилитет у мъжа

След диагностично уточняване и отстраняване на причината (медикаменти, радиационна нокса, химически и други въздействия) се прибягва до консервативно лечение на възпалението, медикаментозно, вкл. хормонално стимулиране на сперматогенезата и/или се насочва за оперативно лечение.

Тумори на гонадите

След диагностично уточняване се насочват за хирургично лечение, след което се определя хормонозаместващото лечение.

Гонадна дисгенезия

След поставяне на диагнозата се назначава и контролира хормонозаместващото лечение с периферни полови хормони и/или РХ, както и симптоматично лечение (антихипертензивно и др.)

Синдроми на нечувствителност към андрогените и други форми на псевдохермафродитизъм

Уточнява се диагнозата и полът, насочва се за оперативна корекция, се определя и контролира хормонозаместващото лечение и ефекта от него.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно с клиничната находка, резултатите от лабораторните, инструментални изследвания и цитологичното изследване (когато такова е показано).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- уточнена диагноза;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Хипофизата е един от основните ендокринни органи при човека. Тя произвежда хормони - химични съединения с регулаторна функция - които оказват влияние върху основни функции на организма. Хормоните на хипофизата могат да се разделят на такива, произвеждани от предния дял и такива, произвеждани от задния дял на жлезата.

Аденохипофизни хормони (преден дял на хипофизата):

Соматотропния хормон играе централна роля в растежа на организма, поради което е известен и като растежен хормон. Той е белтък, изграден от 190 аминокиселини и има относителна молекулна маса 21500 далтона. Основното действие на соматотропния хормон в периода на растежа се изразява в удължаване на скелета и увеличаване размера на мускулите. Освен това той стимулира синтеза на белтък във всички клетки, намалява използването на въглехидратите и мастите от тъканите и засилва мобилизирането им за енергийните нужди на организма. Намалената секреция на соматотропен хормон в детска възраст води до изоставане в растежа, а увеличената секреция води до гигантизм. Увеличеното производство на хормона при възрастни води до развитие на гигантизм.

Адренотропния хормон е белтък изграден от 39 аминокиселини. Физиологичното му действие се свежда до активиране на синтеза и секрецията на надбъбречните кортикоидни хормони и по-специално на гlikокортикоидите и андрогените. При липса на адренотропен хормон се развива атрофия на слоевете на надбъбречната жлеза.

Пролактинът е белтъчен хормон изграден от 138 аминокиселини. Предизвиква млечна секреция у жената след раждането. При мъжете функцията му не е напълно изяснена.

Фоликулостимулиращия хормон е гликопротеин. Стимулира овогенезата (развитието на яйцеклетката) в яйцниците при жената и сперматогенезата в мъжките тестиси. Под действието му Граафовия фоликул узрява и започва производство на естрогени.

Лутеинизиращия хормон е гликопротеин подтиква разпукването на Граафовия фоликул в яйчника и стимулира тестостероновата секреция в тестисите.

Тиреотропният хормон също е гликопротеин. Блокирането му води до атрофия на щитовидната жлеза и намалена продукция на тиреоидни хормони. Той регулира, от една страна включването на йод в състава на щитовидните хормони, а, от друга – попадането на тироксина в кръвта.

Неврохипофизни хормони (заден дял на хипофизата):

- антидиуретичен хормон - има две основни действия – регулира обратната резорбция на вода в крайните и събирателни бъбречни каналчета и свива кръвоносните съдове. Отделянето му зависи от осмотичното налягане на кръвната плазма и от промени в обема на извънклетъчната среда. Информацията за тези параметри постъпва посредством осморецептори и обемни рецептори. При липса антидиуретичен хормон, водата, която достига крайните бъбречни каналчета не може да се реабсорбира като по такъв начин се отделя много урина и организма губи вода (полиурия) до 12-17 литра на 24 ч. Това нарушение е известно като безвкусен (воден) диабет.

- окситоцин - повишава възбудимостта на маточната мускулатура в края на бременността, като подобрява ритмичните контракции и улеснява раждането. Секрецията на окситоцин се стимулира от разширяването на канала на маточната шийка в хода на раждането, от дразненето на гърдното зърно по време на сукане и дразненето на клитора и външните гениталии на жената. Синтетичния окситоцин се използва в акушеро-гинекологичната практика като мощно средство за успешно завършване на раждането при слаба родова дейност на матката, което е свързано с опасност както за плода, така и за майката.

От надбъбречната жлеза са изолирани повече от 30 активни вещества, от които дефинитивни хормони са само няколко. Най-голямо физиологично значение имат:

- алдостерон – минералкортикоид;
- кортизол и кортикостерон – гlikокортикоиди;
- дехидроепиандростерон и естрадиол – полови хормони.

Алдостеронът, като най-важен представител на минералкортикоидите, както и другите хормони от тази група регулират електролитния метаболизъм в организма. Основната му функция се изразява в регулиране на натриевата и калиевата хомеостаза в организма. Той стимулира обратна резорбция на натрия в крайните и събирателните и каналчета на нефроните в бъбреците, в изходните каналчета на слюнчените и потните жлези и в стомашната лигавица. Едновременно с това увеличава секрецията на калий в урината потта и слюнката. По този начин се поддържа оптималното количество вода в организма, съответно се поддържа ударния обем на сърцето и артериалното налягане, както и алкално-киселинното равновесие.

Гликокортикоидите кортизол и кортикостерон са тясно свързани с регулацията на въглехидратната, мастната, белтъчната и водната обмяна. Под влияние на кортизола се наблюдава засилена гликогенеза и гликонеогенеза в черния дроб, потискане на използването на глюкоза в тъканите и улеснената и резорбция в храносмилателния тракт. Той намалява белтъчния резерв в клетките, увеличава нивото на аминокиселините в кръвната плазма – катаболизира тъканните белтъци. Кортизолът предизвиква разграждане на мастите (липолиза) увеличава свободните мастни киселини в кръвната плазма и повишава използването им като енергиен източник.

Надбъбречните полови хормони са свързани с гениталната сфера. Те имат отношение към маскулинизацията (андрогени) и феминизацията (естрогени) на индивида (развитието на мъжки, съответно женски полови белези). Както у мъжа така и у жената се произвеждат и двата надбъбречни полови хормона, само че секрецията на този вид, който е свързан с оформянето на противоположния пол, е незначителна.

**КП № 80 ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХИПОФИЗАТА И
НАДБЪБРЕКА**
**КП № 80.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХИПОФИЗАТА И
НАДБЪБРЕКА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ**

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразувание на надбъбречната жлеза

- C74.0** Кора (кортекс) на надбъбречната жлеза
- C74.1** Медула на надбъбречната жлеза
- C74.9** Надбъбречна жлеза, неуточнена част

Злокачествено новообразувание на други ендокринни жлези и сродни сруктури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

- C75.1** Хипофиза
 - C75.2** Краниофарингеален канал
 - C75.3** Епифизна (пинеална) жлеза
 - C75.4** Каротидни телца
 - C75.5** Аортно телце и други параганглии
 - C75.8** Лезия на повече от една ендокринна жлеза, неуточнена
- Забележка:** Ако локализациите на множествените лезии са известни, те трябва да бъдат кодирани поотделно.

Доброкачествено новообразувание на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

- D35.0** Надбъбречна жлеза
- D35.2** Хипофиза
- D35.3** Краниофарингеален канал
- D35.4** Епифизна (пинеална) жлеза
- D35.5** Каротидно телце
- D35.6** Аортно телце и други параганглии
- D35.7** Други уточнени ендокринни жлези
- D35.8** Лезия на повече от една ендокринна жлеза

Новообразувание с неопределен или неизвестен характер на ендокринните жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D37.7)
яйчник (D39.1)
тестис (D40.1)
тимус (D38.4)

- D44.1** Надбъбречна жлеза

- D44.3 Хипофиза**
- D44.4 Краниофарингеален канал**
- D44.5 Епифизна (пинеална) жлеза**
- D44.6 Каротидно телце**
- D44.7 Аортно телце и други параганглии**
- D44.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза**
Множествена ендокринна аденоматоза

Хиперфункция на хипофизата

- Не включва:** синдром на Cushing (E24.—)
синдром на Nelson (E24.1)
хиперсекреция на:
- АСТН, несвързана със синдром на Cushing (E27.0)
 - хипофизарен АСТН (E24.0)
 - тироид-стимулиращ хормон TSH (E05.8)
- E22.0 Акромегалия и хипофизарен гигантизъм**
Артропатия, свързана с акромегалия† (M14.5*)
Хиперсекреция на растежен хормон
Гигантизъм
Не включва: конституционален:
• висок ръст (E34.4)
хиперсекреция на рилизинг-хормон на растежния хормон (GHRH) (E16.8)
- E22.1 Хиперпролактинемия**
- E22.2 Синдром на неадекватна секреция на антидиуретичен хормон**
- E22.8 Други хиперфункции на хипофизата**
Преждевременен пубертет с централен произход

Хипофункция и други разстройства на хипофизата

- Включва:** изброените състояния, предизвикани от заболявания на хипофизата и хипоталамуса
- E23.0 Хипопитуитаризъм**
Фертилен евнухоиден синдром
Хипогонадотропен хипогонадизъм
Идиопатичен дефицит на растежния хормон
Изолиран дефицит от:
- гонадотропен хормон
 - растежен хормон
 - други хормони на хипофизата
- Синдром на Kallmann
Нанизъм на Lorain-Levi
Некроза на хипофизната жлеза (след раждане)
Панхипопитуитаризъм
Хипофизарни:
- кахексия
 - недостатъчност БДУ
 - нанизъм
- Синдром на Sheehan
Болест на Simmonds
- E23.1 Медикаментозен хипопитуитаризъм**
- E23.2 Безвкусен диабет**
Не включва: нефрогенен безвкусен диабет (N25.1)
- E23.3 Хипоталамична дисфункция, некласифицирана другаде**
Не включва: синдром на Prader-Willi (Q87.1)
синдром на Russell-Silver (Q87.1)

E23.6 Други болести на хипофизата

Абсцес на хипофизата
Адипозогенитална дистрофия

Синдром на Cushing

E24.0 Синдром на Cushing с хипофизарен произход

Хиперсекреция на хипофизарен АСТН
Хиперадренокортицизъм с хипофизарен произход

E24.1 Синдром на Nelson

E24.2 Медикаментозно предизвикан синдром на Cushing

E24.3 Ектопичен АСТН синдром

E24.8 Други състояния с Cushing синдром

Адреногенитални разстройства

Включва: адреногенитални синдроми, вирилизация или феминизация, придобити или обусловени от хиперплазия на надбъбреците, която възниква вследствие на вродени ензимни дефекти в синтеза на хормоните

женски:

- адренален псевдохермафродитизъм
- хетеросексуален преждевременен псевдопубертет

мъжки:

- изосексуален преждевременен псевдопубертет
 - преждевременна макрогенитосомия
 - преждеременно полово узряване с хиперплазия на надбъбреците
- вирилизация (при жени)

E25.0 Вродени адреногенитални разстройства, свързани с ензимен дефицит

Вродена надбъбречна хиперплазия
Дефицит на 21-хидроксилаза
Вродена надбъбречна хиперплазия със загуба на соли

E25.8 Други адреногенитални разстройства

Идиопатично адреногенитално разстройство

E25.9 Адреногенитално разстройство, неуточнено

Адреногенитален синдром БДУ

Хипералдостеронизъм

E26.0 Първичен хипералдостеронизъм

Синдром на Conn
Първичен алдостеронизъм, дължащ се на надбъбречна хиперплазия (двустранна)

E26.1 Вторичен хипералдостеронизъм

E26.8 Други форми на хипералдостеронизъм

Синдром на Bartter

Други разстройства на надбъбречните жлези

E27.0 Други видове хиперсекреция на кората на надбъбреците

Хиперсекреция на АСТН, несвързана с болестта на Cushing
Преждеременно аденаixe

Не включва: синдром на Cushing (E24.—)

E27.1 Първична недостатъчност на кората на надбъбреците

Болест на Addison
Аутоимунен адреналит

Не включва: амилоидоза (E85.—)

болест на Addison при туберкулоза (A18.7)

синдром на Waterhouse-Friderichsen (A39.1)

E27.2 Адисонова криза

Адренална криза

Адренокортикална криза

E27.3 Медикаментозно обусловена адренокортикална недостатъчност

E27.4 Други видове и неуточнена адренокортикална недостатъчност

Адренални:

- кръвоизлив
- инфаркт

Недостатъчност на надбъбречната кора БДУ

Хипоалдостеронизъм

Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

Синдром на Waterhouse-Friderichsen (A39.1)

E27.5 Адреномедуларна хиперфункция

Адреномедуларна хиперплазия

Катехоламинава хиперсекреция

E27.8 Други уточнени нарушения на надбъбреците

Нарушение на кортизол-свързващия глобулин

Дисфункция на яйчниците

Не включва: изолиран гонадотропен дефицит (E23.0)

недостатъчност на яйчниците след медицински процедури (E89.4)

E28.0 Хиперестрогения

E28.1 Хиперандрогения.Хиперсекреция на овариални андрогени

E28.2 Синдром на поликистоза на яйчниците

Склерокистозен овариален синдром

Синдром на Stein-Leventhal

E28.3 Първична яйчникова недостатъчност

E28.8 Овариални дисфункции

Овариална хиперфункция БДУ

Дисфункция на тестисите

Не включва: синдром на андрогенна резистентност (E34.5)

азооспермия или олигоспермия БДУ (N46)

изолиран гонадотропен дефицит (E23.0)

синдром на Klinefelter (Q98.0—Q98.2,Q98.4)

хипофункция на тестисите след медицински процедури (E89.5)

тестикуларна феминизация (синдром) (E34.5)

E29.0 Тестикуларна хиперфункция

Хиперсекреция на тестикуларни хормони

E29.1 Тестикуларна хипофункция

Дефект в биосинтезата на тестикуларния андроген БДУ

5-α-редуктазен дефицит (с мъжки псевдохермафродитизъм)

Тестикуларен хипогонадизъм БДУ

Нарушения в пубертета, неклаифицирани другаде

E30.0 Закъснял пубертет

Конституционално закъсняване на пубертета

Закъсняване на половото развитие

E30.1 Преждевременен пубертет

Не включва: синдром на Albright (-McCune)(-Sternberg) (Q78.1)

централно обусловен преждевременен пубертет (E22.8)

вродена надбъбречна хиперплазия (E25.0)

женски хетеросексуален преждевременен псевдопубертет (E25.—)

мъжки изосексуален преждевременен псевдопубертет

E30.8 Други нарушения на пубертета
Преждевременно телархе

Полигландуларна дисфункция

Не включва: атаксия-телеангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)
миотонична дистрофия [Steinert] (G71.1)
псевдохипопаратиреоидизъм (E20.1)

E31.0 Автоимунна полигландуларна недостатъчност
Синдром на Schmidt

E31.1 Полигландуларна хиперфункция
Не включва: множествена ендокринна аденоматоза (D44.8)

E31.8 Друга полигландуларна дисфункция

Други ендокринни разстройства

Не включва: псевдохипопаратиреоидизъм (E20.1)

E34.0 Карциноиден синдром
Забележка: При необходимост от идентифициране на функционална активност, свързана с карциноиден тумор, може да се използва допълнителен код.

E34.1 Други състояния на хиперсекреция на чревни хормони

E34.2 Ектопична хормонална секреция, неклассифицирана другаде

E34.3 Нанизъм, неклассифициран другаде

Нанизъм:

- БДУ
- конституционален
- тип Laron
- психосоциален

Не включва: прогерия (E34.8)
синдром на Russel-Silver (Q87.1)
къси крайници с имунодефицит (D82.2)
нанизъм:
• ахондропластичен (Q77.4)
• хипохондропластичен (Q77.4)
• при специфични дисморфични синдроми — код на синдрома (виж Азбучния указател)
• алиментарен (E45)
• хипофизен (E23.0)
• ренален (N25.0)

E34.4 Конституционално висок ръст
Конституционален гигантизъм

E34.5 Синдром на андрогенна резистентност
Мъжки псевдохермафродитизъм с андрогенна резистентност
Разстройство на периферния хормонален рецептор
Синдром на Reifenstein
Тестикуларна феминизация (синдром)

E34.8 Други уточнени ендокринни разстройства
Дисфункция на пинеалната жлеза
Прогерия

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, неклассифицирани другаде

E89.3 Следпроцедурен хипопитуитаризъм
Хипопитуитаризъм след облъчване

Нарушения, които са резултат от увредена функция на бъбречните тубули

Не включва: метаболитни нарушения, класифицирани в E70—E90

N25.1 Бъбречен инсипиден диабет

N62 Хипертрофия на млечната жлеза

Гинекомастия

Хипертрофия на млечната жлеза:

- БДУ
- масивна пубертетна

Други уточнени синдроми на вродени аномалии, засягащи няколко системи

Q87.1 Синдром на Noonan

Синдром на Turner

Q96.0 Кариотип 45,X

Q96.1 Кариотип 46,X iso (Xq)

Q96.2 Кариотип 46,X със структурно абнормална полова хромозома, различна от iso (Xq)

Q96.3 Мозаицизъм, 45,X/46, XX или XY

Q96.4 Мозаицизъм, 45,X/друга клетъчна линия (линии) с абнормална полова хромозома

Q96.8 Други варианти на синдрома на Turner

Други хромозомни аберации, некласифицирани другаде

Q99.1 46,XX с истински хермафродитизъм

46,XX с ивицести гонади

46,XY с ивицести гонади

Чиста гонадна дисгенезия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])
57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
57518-02 Рентгенография на подбедрица

1940 Ултразвук на глава или шия

Извършват се задължително:

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоenceфалогграфия
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

и

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ	
90901-00	Ядрено магнитен резонансен образ на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
90901-08	Ядрено магнитен резонанс на друго място <i>Включва:</i> кръвоснабдяване на костен мозък
1932 Изследвания на урината	
Включва някои от следните:	
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
или	
91920-12	Химично изследване на урина
и	
91226-04	Изследване на 24 часова диуреза за креатинин
и	
91226-05	Изследване на 24 часова диуреза за калий
и	
91226-06	Изследване на 24 часова диуреза за калций
и	
91226-07	Изследване на 24 часова диуреза за фосфор
и	
91226-08	Изследване на 24 часова диуреза за белтък
и	
91226-09	Изследване на 24 часова диуреза за кортизол
и	
91226-10	Изследване на 24 часова диуреза за уринен осмоларитет
или	
91226-11	Функционална проба с жадуване
и	
91226-12	Функционална проба с NaCl
и	
91226-13	Функционална проба с антидиуретин
Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]	
<i>Включва:</i> интерпретация и доклад за записите анализ, базиран на микропроцесор	
<i>Не включва:</i> такава с < 12 часа – пропусни кода	
11708-00	Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис
Други диагностични тестове, измервания или изследвани	
92183-06	Микроскопско изследване на проба от ендокринна жлеза за хистология
1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
Някои от следните:	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
или	
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
и	

91910-34 и	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35 и	Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-38 или	Клинично-химични изследвания за хлориди
91210-00 или	Изследване на плазмен осмоларитет
13842-01 или	Измерване на артериални кръвни газове
91918-39	Изследване на други туморни маркери
Някой от следните хормонални изследвания:	
91925-03	Изследване на хормон LH
91925-04	Изследване на хормон FSH
91925-05	Изследване на хормон Prolactin
91925-00	Изследване на хормон fT4
91925-01	Изследване на хормон TSH
91925-16	Изследване на Ренин
91925-18	Изследване на Прокалцитонин (PCT)
91925-06	Изследване на хормон Estradiol
91925-07	Изследване на хормон Testosterone
91925-08	Изследване на хормон Progesteron
91225-02	Изследване на кортизолов ритъм
91925-19	Други хормонални 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
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
*96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
*96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: При кодове №№ **C75.(1-8), D35.(0-8), D44.(0-8), E22.0, E24.0, E26.0, E27.5, E34.0 и E34.2** клиничната пътека се счита за завършена, ако са проведени три основни диагностични процедури - образно изследване, по една посочена в блок 1923 и блок 1932, и една терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Задължително насочване към хирургична клиника за радикално оперативно лечение или към клиника/отделение по лечелечение.

В останалите случаи клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска ендокринология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", както и от обхвата на медицинската специалност „Ендокринология и болести на обмяната“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната” и трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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 детска ендокринология или Клиника/отделение по ендокринология
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия.
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико - диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- един лекар със специалност детска ендокринология и болести на обмяната, и да притежава квалификация по ехография на щитовидна жлеза
или
- в клиника/отделение по ендокринология трето ниво- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама с квалификация по ехография на щитовидна жлеза
- лекар със специалност клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1 СПЕШНА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- Адисонова криза;
- ВНХ сол-губеща форма – криза;

1.2 Диагностика и лечение, в т. ч. субституираща терапия при:

- състояния след оперативна намеса в областта на хипофизата (краниофарингеом, аденом на хипофизата или други туморни формации) - за субституираща терапия;
- липса на хипофизарни структури, водеща до тежко нарушение на хормоналния баланс в организма и състояния, застрашаващи живота на пациента - за субституираща терапия;
- пациенти с високи стойности на АН и съмнение за феохромоцитом или syndrome Cushing и първичен алдостеронизъм и други форми на минерало-кортикоидна хипертония.
- установена необходимост от непрекъснато болнично наблюдение и лечение в хода на амбулаторна процедура;
- необходимост от уточняване и/или корекция на провежданото амбулаторно лечение на хронични заболявания в детската възраст по искане на лекаря, провеждащ наблюдението в извънболничната помощ.

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания, извън случаите на спешност, се извършва до 48 час след началото на хоспитализацията. Образни изследвания – рентгенологични и ехографски, се извършват до 72 часа от постъпването. Контролни клинично - лабораторни и образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

2.1 Лечение на хипофизарен нанизъм и нисък ръст при синдром на Turner

Полови хормони при Turner

2.2 Лечение на панхипопитуитаризъм

Съответна хормонална субституция – растежен хормон, тиреоидни хормони и гонадотропини/полови стероиди, при необходимост и глюкокортикоиди.

Лечение на ВНХ сол-губеща форма – криза и Адисонова криза

Венозно вливане на солеви разтвори и кортикостероиди, минералкортикоиди.

Лечение на безвкусен диабет

Заместителна терапия с АДХ

Лечение на надбъбречна недостатъчност

Глюкокортикоиди

Минералкортикоиди

Лечение на хипертонични кризи при феохромоцитом

Алфа-блокери
Централни алфа 2 агонисти
Натриев нитропрусид

2.3 Лечение на АХ при първичен алдостеронизъм и други минералокортикоидни хипертонии

Антагонисти на алдостерона
Калий-задържащи диуретици
Лечение на АХ при ендокринни заболявания
Лечение на основното заболяване
АСЕ инхибитори
AT2 рецепторни антагонисти
Калциеви антагонисти
Диуретици
Бета-блокери
Алфа-блокери
Централни алфа 2 агонисти
Агонисти на имидазолиновите рецептори

2.4 Тумори на хипофиза и надбъбреци

След диагностичното уточняване болните се насочват своевременно за хирургично лечение като при необходимост се започва хормонално лечение. След период от 1 до 3-месеца от операцията, се извършва оценка на състоянието и евентуално се започва хормонозаместващо лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО НА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОН ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно с клиничната находка, резултатите от лабораторните, инструментални изследвания и цитологичното изследване (когато такова е показано).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- диагностично уточняване;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Хипофизата е един от основните ендокринни органи при човека. Тя произвежда хормони - химични съединения с регулаторна функция - които оказват влияние върху основни функции на организма. Хормоните на хипофизата могат да се разделят на такива, произвеждани от предния дял и такива, произвеждани от задния дял на жлезата.

Аденохипофизни хормони (преден дял на хипофизата):

Соматотропния хормон играе централна роля в растежа на организма, поради което е известен и като растежен хормон. Той е белтък, изграден от 190 аминокиселини и има относителна молекулна маса 21500 далтона. Основното действие на соматотропния хормон в периода на растежа се изразява в удължаване на скелета и увеличаване размера на мускулите. Освен това той стимулира синтеза на белтък във всички клетки, намалява използването на въглехидратите и мастите от тъканите и засилва мобилизирането им за енергийните нужди на организма. Намалената секреция на соматотропен хормон в детска възраст води до изоставане в растежа, а увеличената секреция води до гигантизм. Увеличеното производство на хормона при възрастни води до развитие на гигантизм.

Адренотропния хормон е белтък изграден от 39 аминокиселини. Физиологичното му действие се свежда до активиране на синтеза и секрецията на надбъбречните кортикоидни хормони и по-специално на гlikокортикоидите и андрогенните. При липса на адренотропния хормон се развива атрофия на слоевете на надбъбречната жлеза.

Пролактинът е белтъчен хормон изграден от 138 аминокиселини. Предизвиква млечна секреция у жената след раждането. При мъжете функцията му не е напълно изяснена.

Фоликулостимулиращия хормон е гликопротеин. Стимулира овогенезата (развитието на яйцеклетката) в яйцниците при жената и сперматогенезата в мъжките тестиси. Под действието му Граафовия фоликул узрява и започва производство на естрогени.

Лутеинизиращия хормон е гликопротеин подтиква разпукването на Граафовия фоликул в яйчника и стимулира тестостероновата секреция в тестисите.

Тиреотропният хормон също е гликопротеин. Блокирането му води до атрофия на щитовидната жлеза и намалена продукция на тиреоидни хормони. Той регулира, от една страна включването на йод в състава на щитовидните хормони, а, от друга – попадането на тироксина в кръвта.

Неврохипофизни хормони (заден дял на хипофизата):

- антидиуретичен хормон - има две основни действия – регулира обратната резорбция на вода в крайните и събирателни бъбречни каналчета и свива кръвоносните съдове. Отделянето му зависи от осмотичното налягане на кръвната плазма и от промени в обема на извънклетъчната среда. Информацията за тези параметри постъпва посредством осморецептори и обемни рецептори. При липса антидиуретичен хормон, водата, която достига крайните бъбречни каналчета не може да се реабсорбира като по такъв начин се отделя много урина и организма губи вода (полиурия) до 12-17 литра на 24 ч. Това нарушение е известно като безвкусен (воден) диабет.

- окситоцин - повишава възбудимостта на маточната мускулатура в края на бременността, като подобрява ритмичните контракции и улеснява раждането. Секрецията на окситоцин се стимулира от разширяването на канала на маточната шийка в хода на раждането, от дразненето на гръдното зърно по време на сукане и дразненето на клитора и външните гениталии на жената. Синтетичния окситоцин се използва в акушеро-гинекологичната практика като мощно средство за успешно завършване на раждането при слаба родова дейност на матката, което е свързано с опасност както за плода, така и за майката.

От надбъбречната жлеза са изолирани повече от 30 активни вещества, от които дефинитивни хормони са само няколко. Най-голямо физиологично значение имат:

- алдостерон – минералкортикоид;
- кортизол и кортикостерон – гlikокортикоиди;
- дехидроепиандростерон и естрадиол – полови хормони.

Алдостеронът, като най-важен представител на минералкортикоидите, както и другите хормони от тази група регулират електролитния метаболизъм в организма. Основната му функция се изразява в регулиране на натриевата и калиевата хомеостаза в организма. Той стимулира обратна резорбция на натрия в крайните и събирателните и каналчета на нефроните в бъбреците, в изходните каналчета на слюнчените и потните жлези и в стомашната лигавица. Едновременно с това увеличава секрецията на калий в урината потта и слюнката. По този начин се поддържа оптималното количество вода в организма, съответно се поддържа ударния обем на сърцето и артериалното налягане, както и алкално-киселинното равновесие.

Гликокортикоидите кортизол и кортикостерон са тясно свързани с регулацията на въглехидратната, мастната, белтъчната и водната обмяна. Под влияние на кортизола се наблюдава засилена гликогенеза и гликонеогенеза в черния дроб, потискане на използването на глюкоза в тъканите и улеснената и резорбция в храносмилателния тракт. Той намалява белтъчния резерв в клетките, увеличава нивото на аминокиселините в кръвната плазма – катаболизира тъканните белтъци. Кортизолът предизвиква разграждане на мастите (липолиза) увеличава свободните мастни киселини в кръвната плазма и повишава използването им като енергиен източник.

Надбъбречните полови хормони са свързани с гениталната сфера. Те имат отношение към маскулинизацията (андрогени) и феминизацията (естрогени) на индивида (развитието на мъжки, съответно женски полови белези). Както у мъжа така и у жената се произвеждат и двата надбъбречни полови хормона, само че секрецията на този вид, който е свързан с оформянето на противоположния пол, е незначителна.

КП № 81 ЛЕЧЕНИЕ НА КОСТНИ МЕТАБОЛИТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И НАРУШЕНИЯ НА КАЛЦИЕВО-ФОСФОРНАТА ОБМЯНА

КП № 81.1 ЛЕЧЕНИЕ НА КОСТНИ МЕТАБОЛИТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И НАРУШЕНИЯ НА КАЛЦИЕВО-ФОСФОРНАТА ОБМЯНА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразувание на други ендокринни жлези и сродни структури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.0 Паращитовидна жлеза

Доброкачествено новообразувание на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.1 Паращитовидна жлеза

Хипопаратиреоидизъм

Не включва: синдром на Di George (D82.1)
хипопаратиреоидизъм след медицински процедури (E89.2)
тетания БДУ (R29.0)
транзиторен хипопаратиреоидизъм на новородено (P71.4)

E20.0 Идиопатичен хипопаратиреоидизъм

E20.1 Псевдохипопаратиреоидизъм

E20.8 Други форми на хипопаратиреоидизъм

E20.9 Хипопаратиреоидизъм, неуточнен
Паратиреоидна тетания

Хиперпаратиреоидизъм и други разстройства на паращитовидните жлези

Не включва: остеомалация:
• при възрастни (M83.—)
• в детска и юношеска възраст (E55.0)

E21.0 Първичен хиперпаратиреоидизъм
Хиперплазия на паращитовидните жлези
Генерализиран фиброкистозен остеит (болест на von Recklinghausen)

E21.1 Вторичен хиперпаратиреоидизъм, неклассифициран другаде
Не включва: вторичен хиперпаратиреоидизъм от ренален произход (N25.8)

E21.2 Други форми на хиперпаратиреоидизъм
Не включва: семейна хипокалциурична хиперкалциемия (E83.5)

E21.4 Други уточнени разстройства на паращитовидните жлези

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E55.0 Рахит, активен

E67.3 Хипервитаминоза D

E83.3 Разстройства на обмяната на фосфора

Недоимък на кисела фосфатаза

Фамилна хипофосфатемия

Хипофосфатазия

Витамин D-резистентни:

- остеомалация

- рахит

Не включва: остеомалация при възрастни (M83.—)
остеопороза (M80—M81)

E83.5 Разстройства на обмяната на калция

Фамилна хипокалциурична хиперкалциемия

Идиопатична хиперкалциурия

Не включва: хондрокалциноза (M11.1—M11.2)
хиперпаратиреоидизъм (E21.0—E21.3)

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, неklasифицирани другаде

E89.2 Хипопаратиреоидизъм след медицински процедури

Нарушения, които са резултат от увредена функция на бъбречните тубули

N25.8 Други нарушения, които са резултат от увредена функция на бъбречните тубули

Синдром на Lightwood-Albright

Бъбречнотубулна ацидоза БДУ

Вторичен хиперпаратиреоидизъм с бъбречен произход

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на щитовидна или паращитовидна жлеза

30094-10 Тънкоиглена биопсия [перкутанна] на щитовидна жлеза

30075-02 Биопсия на паратироидни жлези

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки
такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:
• цервикален
• лумбосакрален
• сакрококцигеален
• торакален

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

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])

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

57715-00 Рентгенография на таз

	<p>Радиография на тазов вход <i>Не включва:</i> радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])</p>
57712-00	<p>Рентгенография на тазобедрена става <i>Не включва:</i> контрастна артрография (59751-00 [1985]) такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])</p>
Радиография на долен крайник	
57518-00	<p>Рентгенография на фемур Радиография на бедро <i>Не включва:</i> такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])</p>
57518-01	<p>Рентгенография на коляно <i>Не включва:</i> изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])</p>
57518-02	<p>Рентгенография на подбедрица</p>
1940 Ултразвук на глава и шия	
55028-00	<p>Ултразвук на глава Ехоенцефалография <i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])</p>
и	
55032-00	<p>Ултразвук на шия <i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])</p>
Ултразвук на корем или таз	
55038-00	<p>Ултразвук на пикочни пътища <i>Не включва:</i> такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943]) трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943]) ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])</p>
55036-00	<p>Ултразвук на корем <i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</p>
Изследване на кости	
12306-00	<p>Костна денситометрия с помощта на двойно енергийна рентгенова абсорбциометрия Костна денситометрия с използване на двойно енергийна x-гау абсорбциометрия <i>Забележка:</i> Изпълнена за диагноза: <ul style="list-style-type: none"> • и мониторинг на костна плътност • при ниска костна плътност </p>
12309-00	<p>Костна денситометрия с помощта на количествена компютърна томография Изследване на костна плътност с помощта на количествена компютърна томография <i>Забележка:</i> Изпълнена за диагноза: <ul style="list-style-type: none"> • и мониторинг на костна плътност • на ниска костна плътност </p>

1932 Изследвания на урина

91226-14	Изследване за калциурия в урината
91226-15	Изследване за фосфатурия в урината
91226-16	Изследване за глюкозурия в урината
91226-17	Изследване за аминокиселини в урината
91226-18	Изследване на рН в 24 часова диуреза
96007-02	Изследване на урина за проба на Зимницки
91226-20	Изследване на индекс на гломерулна филтрация в урината

1924 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:

91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91925-12	Изследване на РТН
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-39	Клинично-химични изследвания за магнезий

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92183-06	Микроскопско изследване на проба от ендокринна жлеза за хистология
92186-07	Друго морфологично изследване на проба от лимфен възел и лимфа

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:

- на ≥ 1 мускул(и)
 - използвайки кръгови иглени електроди
- Изследване на невромускулна проводимост

11012-00	Електромиография (ЕМГ) <i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
----------	---

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури по прилагане, поставяне или премахване върху тироидна или паратироидна жлеза

90047-00	Аспирация на тироидна жлеза Перкутанен [иглен] дренаж на щитовидна жлеза <i>Не включва:</i> аспирационна биопсия на щитовидна жлеза (30094-10 [112]) дренаж чрез инцизия (90047-01 [111]) постоперативна аспирация на щитовидна жлеза (90047-02 [111])
----------	--

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен
фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен
фармакологичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен
фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен
фармакологичен агент

96200-09 Подкожно 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, едната от които включва задължително всички, изследвания, посочени в блок 1924 и в блок 1940 ултразвук на глава и шия (55028-00 и 55032-00), и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

1. 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 ендокринология
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с трансдюсер с възможност за изследване на щитовидна жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична

лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. Лаборатория по клинична имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Лаборатория по микробиология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

І. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение на болни със:

- болни с хипокалциемия и тежка клинична симптоматика (крампи, гърчове);
- болни с хиперкалциемия и тежка клинична симптоматика;
- компресивни синдроми на шията и горния медиастинум.
- установена необходимост от непрекъснато болнично наблюдение, диагностика и лечение при проведена амбулаторна процедура.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследвания, ехография и/или биопсия на паращитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клиничко – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

2.1 Лечение на хипокалциемията:

Лечение на острата хипокалциемия: изисква хоспитализация на болния и поставянето му на мониторинг контрол. Започва се с i.v. вливане на 10% Ca gluconicum (бавно). Ако острата хипокалциемия се задържа, се налага да се повтори инфузия с 10% Ca gluconicum. След 6-8ч. към терапията се включва вит. Д или негови активни метаболити. Следва лечение като при хронична хипокалциемия. Предпочитат се активни метаболити на вит. Д, тъй като имат по-бързо действие и по-кратък период на полуразпад. При липсата им се включва вит. Д₃. Остри състояния – основно се разчита на инфузия на Са. Витамин Д и неговите активни метаболити реално нямат значение при лечението на острата хипокалциемия.

Лечение на хроничната хипокалциемия: цел на лечението е да се поддържа ниво на Са > 2,2 mmol/l. Дават се калциеви препарати р.о.s плюс вит Д или негови активни метаболити. Следи се ниво на серумен Са, Р, АР и калциурията по време на лечението. В лечението на хроничната хипокалциемия основно значение има наред с витамин Д и активните му метаболити, пероралните калциеви добавки. При хипопаратиреоидизъм при възраст над 18 години млечният белтък трябва максимално да се ограничи в храната, тъй като води до хиперфосфатемия с калциеви отлагания в тъканите (при здрав бъбрек паратхормонът е основният фосфатуричен хормон в организма).

2.2 Лечение на хиперкалциемична криза: съобразно тежестта и клиничната изява се адаптира скоростта на инфузия с физиологичен серум и диуретик i.v. (при нужда). Според етиологията на хиперкалциемията се допълва с медикаментозно лечение: калцитонин i.v. бавно капково, глюкокортикоиди венозно, евентуално митрамицин. Електролитният дефицит се допълва съобразно нуждите. При коматозно състояние се осигурява балансът на течности, електролити, калории и пр. Следят се показателите на водно-солевата обмяна и алкално-киселинното равновесие, както и други показатели според етиологията.

2.3 Хиперпаратиреоидизъм – диагностичният протокол включва доказване на неподтискащ се паратхормон, локализиране на аденома/аденомите и уточняването му като първичен, вторичен или третичен. Терапевтичният протокол включва лечение на хиперкалциемичната криза или лечение на хроничната хиперкалциемия с диета, калцитонин - парентерално или назално, дехидрокортизон, евентуално перорално коригиране на водно-солевия дефицит. След подготовката се превежда за операция.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, резултатите от апаратните и лабораторни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- уточнена диагноза;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Паращитовидните жлези в повечето случаи са представени от четири отделни телца – две горни и две долни, разположени върху задната повърхност на страничните дялове на щитовидната жлеза. По форма те са удължени и приплеснати – достигат дължина до 6мм, ширина 3-4 мм. Паращитовидните жлези показват сравнително чести вариации по отношение на своя брой и разположение – броят им може да достигне до 7-8, могат да бъдат разположени около трахеята или във вътрешността на щитовидната жлеза.

Всяка жлеза е покрита със съединителнотъканна капсула, от която във вътрешността се вдават фини преградки.

Паращитовидните жлези произвеждат хормон, който има важно значение за регулирането на калциевата обмяна - паратхормон.

При намалена функция на жлезата (хипофункция) – концентрацията на калциевите соли в кръвта намалява и настъпва свръхвъзбудимост на нервната система, което се изразява в мускулни спазми – тетания.

При увеличена функция на жлезата (хиперфункция) – е налице повишаване на концентрацията на калциеви соли в кръвта, което се съпровожда с обезкалцяване на костите – остеопороза.

В организма паратхормонът има три основни функции:

- регулира съдържанието на калций и фосфор в костите;
- регулира резорбцията на калций и фосфор в стомашно-чревния тракт;
- регулира реабсорбцията на калций в бъбреците.

При увеличена секреция на паратхормон от паращитовидните жлези (хиперфункция) се наблюдава намаление на калциевото съдържание и промени в структурата на костите и зъбите. Костите обедняват на калций, в тях се появяват кухини (процес, известен като остеопороза), стават лесно чупливи, в кръвната плазма се повишава концентрацията на калций, във връзка с което се повишава и съсирваемостта на кръвта.

Увеличената секреция на паратхормон причинява бързо отделяне на фосфатни йони през бъбреците, като същевременно предизвиква обратна калциева резорбция. В червата се стимулира обратната резорбция на калций.

При намалено производство на паратхормон (хипофункция на жлезите) костната резорбция е потисната и в костите се наблюдава калциеви отлагания (екзостози). Резорбцията на калций в червата е намалена, а отделянето му с урината – увеличено. В резултат на това концентрацията на калция в кръвта намалява, повишава се нервно-мускулната възбудимост, могат да настъпят гърчове – състояние известно като тетания.

Един втори хормон, тясно свързан с калциевата обмяна е калцитонинът. Образува се в щитовидната жлеза. Неговият ефект е обратен на този на паратхормона – потискане на костната резорбция. Между двете регулаторни системи – калций-паратхормон и калций-калцитонин съществува тясна корелация, чрез тях се поддържа стабилно нивото на калций в кръвната плазма.

**КП № 81 ЛЕЧЕНИЕ НА КОСТНИ МЕТАБОЛИТНИ
ЗАБОЛЯВАНИЯ И НАРУШЕНИЯ НА КАЛЦИЕВО-ФОСФОРНАТА
ОБМЯНА**

**КП № 81.2 ЛЕЧЕНИЕ НА КОСТНИ МЕТАБОЛИТНИ
ЗАБОЛЯВАНИЯ И НАРУШЕНИЯ НА КАЛЦИЕВО-ФОСФОРНАТА
ОБМЯНА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ**

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразувание на други ендокринни жлези и сродни структури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.0 Паращитовидна жлеза

Доброкачествено новообразувание на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.1 Паращитовидна жлеза

Хипопаратиреоидизъм

Не включва: синдром на Di George (D82.1)
хипопаратиреоидизъм след медицински процедури (E89.2)
тетания БДУ (R29.0)
транзиторен хипопаратиреоидизъм на новородено (P71.4)

E20.0 Идиопатичен хипопаратиреоидизъм

E20.1 Псевдохипопаратиреоидизъм

E20.8 Други форми на хипопаратиреоидизъм

E20.9 Хипопаратиреоидизъм, неуточнен
Паратиреоидна тетания

Хиперпаратиреоидизъм и други разстройства на паращитовидните жлези

Не включва: остеомалация:
• при възрастни (M83.—)
• в детска и юношеска възраст (E55.0)

E21.0 Първичен хиперпаратиреоидизъм
Хиперплазия на паращитовидните жлези
Генерализиран фиброкистозен остеит (болест на von Recklinghausen)

E21.1 Вторичен хиперпаратиреоидизъм, неклассифициран другаде
Не включва: вторичен хиперпаратиреоидизъм от ренален произход (N25.8)

E21.2 Други форми на хиперпаратиреоидизъм
Не включва: семейна хипокалциурична хиперкалциемия (E83.5)

E21.4 Други уточнени разстройства на паращитовидните жлези

Недоимък на витамин D

Не включва: остеомалация при възрастни (M83.—)
остеопороза (M80—M81)
последници от рахит (E64.3)

E55.0 Рахит, активен

E67.3 Хипервитаминоза D

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.3 Разстройства на обмяната на фосфора

Недоимък на кисела фосфатаза

Фамилна хипофосфатемия

Хипофосфатазия

Витамин D-резистентни:

- остеомалация

- рахит

Не включва: остеомалация при възрастни (M83.—)

остеопороза (M80—M81)

E83.5 Разстройства на обмяната на калция

Фамилна хипокалциурична хиперкалциемия

Идиопатична хиперкалциурия

Не включва: хондрокалциноза (M11.1—M11.2)

хиперпаратиреоидизъм (E21.0—E21.3)

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, неклаифицирани другаде

E89.2 Хипопаратиреоидизъм след медицински процедури

Остеохондродисплазия с дефекти в растежа на тръбестите кости и гръбначния стълб

Не включва: мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

Q77.0 Ахондрогенеза

Хипохондрогенеза

Q77.1 Нисък ръст (джудже)

Q77.2 Синдром на късото ребро

Асфиктична торакална дисплазия [Jenue]

Q77.3 Chondrodysplasia punctata

Q77.4 Ахондроплазия

Хипохондроплазия

Q77.5 Дистрофична дисплазия

Q77.6 Хондроектодермална дисплазия

Синдром на Ellis-van Creveld

Q77.7 Спондилоепифизарна дисплазия

Q77.8 Друга остеохондродисплазия с дефекти в растежа на тръбестите кости и гръбначния стълб

Q77.9 Остеохондродисплазия с дефекти в растежа на тръбестите кости и гръбначния стълб, неуточнена

Други остеохондродисплазии

Q78.0 Osteogenesis imperfecta

Вродена чупливост на костите

Остеопсатироза

Q78.1 Полиостеозна фиброзна дисплазия

Синдром на Albright (-McCune) (-Sternberg)

Q78.2 Остеопетроза

Синдром на Albers-Schönberg

Q78.3 Прогресираща диафизарна дисплазия

- Q78.4** Синдром на Camurati-Engelmann
Енхондроматоза
Синдром на Maffucci
Болест на Ollier
- Q78.5** **Метафизарна дисплазия**
Синдром на Pyle
- Q78.6** **Множествени вродени екзостози**
Диафизарна аклазия
- Q78.8** **Други уточнени остеохондродисплазии**
Остеопойкилоза
- Q78.9** **Остеохондродисплазия, неуточнена**
Хондродистрофия БДУ
Остеодистрофия БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на щитовидна или паращитовидна жлеза

30075-02 Биопсия на паратироидни жлези

Рентгенография на глава или шия

57901-00 Рентгенография на череп

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])

такава на:

- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб

Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки

такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:

- цервикален
- лумбосакрален
- сакрококцигеален

- торакален

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

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])

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на тазов вход

Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур

Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

1940 Ултразвук на глава и шия

Включва задължително:

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

и

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Изследване на кости

12306-00 Костна денситометрия с помощта на двойно енергийна рентгенова абсорбциометрия
Костна денситометрия с използване на двойно енергийна x-ray абсорбциометрия
Забележка: Изпълнена за диагноза:
• и мониторинг на костна плътност
• при ниска костна плътност

12309-00 Костна денситометрия с помощта на количествена компютърна томография
Изследване на костна плътност с помощта на количествена компютърна томография
Забележка: Изпълнена за диагноза:
• и мониторинг на костна плътност
• на ниска костна плътност

1932 Изследвания на урина

91226-14 Изследване за калциурия в урината
91226-15 Изследване за фосфатурия в урината
91226-16 Изследване за глюкозурия в урината
91226-17 Изследване за аминокацидурия в урината
91226-18 Изследване на рН в 24 часова диуреза
96007-02 Изследване на урина за проба на Зимницки
91226-20 Изследване на индекс на гломерулна филтрация в урината

1924 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91925-12 Изследване на РТН
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-39 Клинично-химични изследвания за магнезий

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92183-06 Микроскопско изследване на проба от ендокринна жлеза за хистология
92186-07 Друго морфологично изследване на проба от лимфен възел и лимфа

Невромускулна електродиагностика

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**Други терапевтични интервенции на дихателна система**

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, едната от които задължително е блок 1924 и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност **“Детска ендокринология”**, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт **“Педиатрия”**.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура са в съответствие с медицински стандарт **“Ендокринология и болести на обмяната”** и трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт **“Педиатрия”**.

1. 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 детска ендокринология
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия.
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Остеоденситометър
5. Микробиологична лаборатория на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност детска ендокринология и болести на обмяната - един и притежаващ квалификация за ехография на щитовидна жлеза
- лекар със специалност клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и лечение на болни със:

- болни с хипокалциемия и тежка клинична симптоматика (крампи, гърчове);
- болни с хиперкалциемия и тежка клинична симптоматика;
- компресивни синдроми на шията и горния медиастинум.
- установена необходимост от непрекъснато болнично наблюдение, диагностика и лечение при проведена амбулаторна процедура.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и диагностично-лечебен план

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КАТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследвания, ехография и/или биопсия на парашитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клиничко – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

2.1 Лечение на хипокалцемията:

Лечение на острата хипокалцемия: изисква хоспитализация на болния и поставянето му на мониторинг контрол. Започва се с i.v. вливане на 10% Ca gluconicum (бавно). Ако острата хипокалцемия се задържа, се налага да се повтори инфузия с 10% Ca gluconicum. След 6-8ч. към терапията се включва вит. Д или негови активни метаболити. Следва лечение като при хронична хипокалцемия. Предпочитат се активни метаболити на вит. Д, тъй като имат по-бързо действие и по-кратък период на полуразпад. При липсата им се включва вит. Д₃. Остри състояния – основно се разчита на инфузия на Са. Витамин Д и неговите активни метаболити реално нямат значение при лечението на острата хипокалцемия.

Лечение на хроничната хипокалцемия: цел на лечението е да се поддържа ниво на Са > 2,2 mmol/l. Дават се калциеви препарати р.о.s плус вит Д или негови активни метаболити. Следи се ниво на серумен Са, Р, АР и калциурията по време на лечението. В лечението на хроничната хипокалцемия основно значение има наред с витамин Д и активните му метаболити, пероралните калциеви добавки. При хипопаратиреоидизъм при възраст над 18 години млечният белтък трябва максимално да се ограничи в храната, тъй като води до хиперфосфатемия с калциеви отлагания в тъканите. (при здрав бъбрек паратхормонът е основният фосфатуричен хормон в организма).

2.2 Лечение на хиперкалциемична криза: съобразно тежестта и клиничната изява се адаптира скоростта на инфузия с физиологичен серум и диуретик i.v. (при нужда). Според етиологията на хиперкалциемията се допълва с медикаментозно лечение: калцитонин i.v. бавно капково, глюкокортикоиди венозно, евентуално митрамицин. Електролитният дефицит се допълва съобразно нуждите. При коматозно състояние се осигурява балансът на течности, електролити, калории и пр. Следят се показателите на водно-солевата обмяна и алкално-киселинното равновесие, както и други показатели според етиологията.

2.3 Хиперпаратиреоидизъм – диагностичният протокол включва доказване на неподтискащ се паратхормон, локализиране на аденома/аденомите и уточняването му като първичен, вторичен или третичен. Терапевтичният протокол включва лечение на хиперкалциемичната криза или лечение на хроничната хиперкалциемия с диета, калцитонин - парентерално или назално, дехидрокортизон, евентуално перорално коригиране на водно-солевия дефицит. След подготовката се превежда за операция.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, резултатите от апаратните и лабораторни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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

Медицински критерии за дехоспитализация:

- диагностично уточняване;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Паращитовидните жлези в повечето случаи са представени от четири отделни телца – две горни и две долни, разположени върху задната повърхност на страничните дялове на щитовидната жлеза. По форма те са удължени и приплеснати – достигат дължина до 6мм, ширина 3-4 мм. Паращитовидните жлези показват сравнително чести вариации по отношение на своя брой и разположение – броят им може да достигне до 7-8, могат да бъдат разположени около трахеята или във вътрешността на щитовидната жлеза.

Всяка жлеза е покрита със съединителнотъканна капсула, от която във вътрешността се вдават фини преградки.

Паращитовидните жлези произвеждат хормон, който има важно значение за регулирането на калциевата обмяна - паратхормон.

При намалена функция на жлезата (хипофункция) – концентрацията на калциевите соли в кръвта намалява и настъпва свръхвъзбудимост на нервната система, което се изразява в мускулни спазми – тетания.

При увеличена функция на жлезата (хиперфункция) – е налице повишаване на концентрацията на калциеви соли в кръвта, което се съпровожда с обезкалцяване на костите – остеопороза.

В организма паратхормонът има три основни функции:

- регулира съдържанието на калций и фосфор в костите;
- регулира резорбцията на калций и фосфор в стомашно-чревния тракт;
- регулира реабсорбцията на калций в бъбреците.

При увеличена секреция на паратхормон от паращитовидните жлези (хиперфункция) се наблюдава намаление на калциевото съдържание и промени в структурата на костите и зъбите. Костите обедняват на калций, в тях се появяват кухини (процес, известен като остеопороза), стават лесно чупливи, в кръвната плазма се повишава концентрацията на калций, във връзка с което се повишава и съсирваемостта на кръвта.

Увеличената секреция на паратхормон причинява бързо отделяне на фосфатни йони през бъбреците, като същевременно предизвиква обратна калциева резорбция. В червата се стимулира обратната резорбция на калций.

При намалено производство на паратхормон (хипофункция на жлезите) костната резорбция е потисната и в костите се наблюдава калциеви отлагания (екзостози). Резорбцията на калций в червата е намалена, а отделянето му с урината – увеличено. В резултат на това концентрацията на калция в кръвта намалява, повишава се нервно-мускулната възбудимост, могат да настъпят гърчове – състояние известно като тетания.

Един втори хормон, тясно свързан с калциевата обмяна е калцитонинът. Образува се в щитовидната жлеза. Неговият ефект е обратен на този на паратхормона – потискане на костната резорбция. Между двете регулаторни системи – калций-паратхормон и калций-калцитонин съществува тясна корелация, чрез тях се поддържа стабилно нивото на калций в кръвната плазма.

КП № 82 ДИАГНОСТИКА НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ

КП № 82.1 ДИАГНОСТИКА НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

E41 Алиментарен маразм

Тежко разстройство на храненето с маразм

Не включва: квашиоркор при маразм (E42)

E43 Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено

Оток от гладуване

Затлъстяване

Не включва:

адипозогенитална дистрофия (E23.6)

липоматоза:

- БДУ (E88.2)

- болезнена [болест на Dercum] (E88.2)

- синдром на Prader-Willi (Q87.1)

Други анемии, свързани с храненето

Включва: мегалобластна анемия, неподдаваща се на лечение с витамин B₁₂ или фолати

D53.0 Анемия, причинена от белтъчен недоимък

Анемия от недоимък на аминокиселини

Оротацидурейна анемия

Не включва: Синдром на Lesch-Nyhan (E79.1)

E66.2 Екстремно затлъстяване с алвеоларна хиповентилация

Синдром на Pickwick

E66.8 Други форми на затлъстяване

Болезно затлъстяване

Метаболитен синдром

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 Класическа фенилкетонурия

E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии

E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина

Алкаптонурия

Хипертирозинемия

Охроноза

Тирозинемия

Тирозиноза

E70.3 Албинизъм

Албинизъм:

- очен

- очно-кожен
- Синдром на:
- Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
- Cross
- Hermansky-Pudlak

E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

Разстройства на:

- обмяната на хистидина
- обмяната на триптофана

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

E71.0 Болест на “урина като кленов сироп”

E71.1 Други разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига

Хиперлевцин-изолевцинемия
Хипервалинемия
Изовалерианова ацидемия
Метилмалонова ацидемия
Пропионова ацидемия

E71.2 Разстройство на обмяната на аминокиселините с разклонена верига, неуточнено

E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини

Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Митохондриални и пероксизомни болести
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Други разстройства на обмяната на аминокиселините

Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:
• обмяната на ароматните аминокиселини (E70.—)
• обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
• обмяната на мастните киселини (E71.3)
• обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)
подагра (M10.—)

E72.0 Разстройства на транспортирането на аминокиселини

Цистиноза
Цистинурия
Синдром на Fanconi(-de Toni)(-Debre)
Болест на Hartnup
Синдром на Lowe

Не включва: разстройства на обмяната на триптофана (E70.8)

E72.1 Разстройства на обмяната на сяра-съдържащите аминокиселини

Цистатионинурия
Хомоцистинурия
Метионинемия
Дефицит на сулфитоксидаза
Не включва: дефицит на транскобаламин II (D51.2)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята

Аргининемия
Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия

Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

- E72.3 Разстройства на обмяната на лизина и хидроксилизина**
Глутарова ацидурия
Хидроксилизинемия
Хиперлизинемия
- E72.4 Разстройства на обмяната на орнитина**
Орнитинемия (тип I, II)
- E72.5 Разстройства на обмяната на глицина**
Хиперхидроксипролинемия
Хиперпролинемия (тип I, II)
Некетонова хиперглицинемия
Саркозинемия
- E72.8 Други уточнени разстройства на обмяната на аминокиселините**
Разстройства:
• на обмяната на β -аминокиселините
• в γ -глутамиловия цикъл

Непоносимост към лактоза

- E73.0 Вроден недоимък на лактаза**
- E73.1 Вторичен недоимък на лактаза**
- E73.8 Други видове непоносимост към лактоза**

Други разстройства на обмяната на въглехидратите

Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

- E74.0 Болест на натрупването на гликоген**
Сърдечна гликогеноза
Болест на:
• Andersen
• Cori
• Forbes
• Hers
• McArdle
• Pompe
• Tauri
• Von Gierke
Недоимък на чернодробна фосфорилаза
- E74.1 Разстройства на обмяната на фруктозата**
Есенциална фруктозурия
Недоимък на фруктозо-1,6-дифосфатаза
Наследствена непоносимост към фруктоза
- E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата**
Недоимък на галактокиназа
Галактоземия
- E74.4 Разстройства на обмяната на пирувата и глюконеогенезата**
Недоимък на:
• фосфоенолпируват карбоксикиназа
• пируват:
• карбоксилаза

- дехидрогеназа
- Не включва:** с анемия (D55.—)

E74.8 Други уточнени разстройства на обмяната на въглехидратите

Есенциална пентозурия
Оксало́за
Оксалурия
Ренална глюкозурия

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

E75.0 Ганглиозидоза GM₂

Болест на:
• Sandhoff
• Tay-Sachs
GM₂ ганглиозидоза:
• БДУ
• при възрастни
• ювенилна

E75.1 Други ганглиозидози

Ганглиозидоза:
• БДУ
• GM₁
• GM₃
Муколипидоза IV

E75.2 Други сфинголипидози

Болест на:
• Fabry(-Anderson)
• Gaucher
• Krabbe
• Niemann-Pick
Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.3 Сфинголипидоза, неуточнена

E75.4 Липофусциноза на невроните

Болест на:
• Batten
• Bielschowsky-Jansky
• Kufs
• Spielmeyer-Vogt

E75.5 Други разстройства на натрупването на липиди

Церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein]
Болест на Wolman

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I

Синдроми на:
• Hurler
• Hurler-Scheie
• Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II

Синдром на Hunter

- E76.2 Други мукополизахаридози**
Недоимък на β -глюкуронидаза
Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII
Синдром на:
- Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
 - Morquio(-подобен)(класически)
 - Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

- E76.8 Други разстройства на обмяната на глицероаминоглицерините**

Разстройства на обмяната на глицеропротеините

- E77.0 Дефекти в посттранслационната модификация на лизозомните ензими**
Муколипидоза II [I-клетъчна болест]
Муколипидоза III [псевдо- Hurler полидистрофия]

- E77.1 Дефекти в разграждането на глицеропротеините**
Аспартилглицероаминурия
Фукозидоза
Маннозидоза
Сиалидоза [муколипидоза I]

- E77.8 Други разстройства на обмяната на глицеропротеините**

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии

Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

- E78.0 Чиста хиперхолестеролемия**
Фамилна хиперхолестеролемия
Хиперлипидопропротеинемия на Fredrickson, тип IIa
Хипербеталипопротеинемия
Хиперлипидемия, група A
Хиперлипидопропротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]

- E78.1 Чиста хиперглицеридемия**
Ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипидопропротеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група B
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипидопропротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]

- E78.2 Смесена хиперлипидемия**
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипидопропротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипидемия, група C
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum
Не включва: церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)

- E78.3 Хиперхиломикронемия**
Хиперлипидопропротеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицеридемия

- E78.4 Други хиперлипидемии**

- E78.6 Недоимък на липопротеини**
Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия

Хипобеталипопротеинемия (фамилна)
Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза
Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините

Разстройства на обмяната на пурина и пиримидина

Не включва: камък на бъбрека (N20.0)
комбинирани имунонедоимъчни разстройства (D81.—)
подагра (M10.—)
оротацидурична анемия (D53.0)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

E79.1 Синдром на Lesch-Nyhan

E79.8 Други разстройства на обмяната на пурина и пиримидина

Наследствена ксантинурия

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

E80.0 Наследствена еритропоеична порфирия

Вродена еритропоеична порфирия
Еритропоеична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии

Наследствена копропорфирия

Порфирия:

- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта

Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.2 Разстройства на обмяната на цинка

Ентеропатен акродерматит

E83.4 Разстройства на обмяната на магнезия

Хипермагнеземия
Хипомагнеземия

Други разстройства във водно-електролитния и алкално-киселинния баланс

E87.0 Хиперосмоларитет хипернатриемия

Излишък на натрий [Na]

Претоварване с натрий [Na]

E87.8 Други разстройства във водно-солевото равновесие, неклассифицирани другаде

Разстройство на електролитния баланс БДУ

Хиперхлоремия

Хипохлоремия

Други разстройства на обмяната на веществата

Не включва: хистиоцитоза Х (хронична) (D76.0)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало разстройство на обмяната на веществата, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E88.1 Липодистрофия, неклассифицирана другаде

Липодистрофия БДУ

Не включва: болест на Whipple (K90.8)

E88.2 Липоматоза, неклассифицирана другаде

Липоматоза:

- БДУ
- болезнена [Dercum]

E88.8 Други уточнени разстройства на обмяната на веществата

Аденолипоматоза на Launois-Bensaude

Триметиламинурия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:

- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела	
58115-00	<p>Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела</p> <p><i>Включва:</i> функционални гледни точки такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:</p> <ul style="list-style-type: none"> • цервикален • лумбосакрален • сакрококцигеален • торакален
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	<p>Рентгенография на гръден кош</p> <p><i>Включва:</i> бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум</p> <p><i>Не включва:</i> такава на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
Рентгенография на раменен отдел	
57700-00	<p>Радиография на рамо или скапула</p>
Рентгенография на горен крайник	
57512-01	<p>Рентгенография на лакът и предмишница</p>
Рентгенография на горен крайник	
57512-03	<p>Рентгенография на длан, пръсти и китка</p>
Изследване на кости	
58300-00	<p>Рентгеново изследване костна възраст на китка и коляно</p>
Рентгенография на таз	
57712-00	<p>Рентгенография на тазобедрена става</p> <p><i>Не включва:</i> контрастна артрография (59751-00 [1985]) такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])</p>
57715-00	<p>Рентгенография на таз</p> <p>Радиография на тазов вход</p> <p><i>Не включва:</i> радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])</p>
Радиография на долен крайник	
57518-00	<p>Рентгенография на фемур</p> <p>Радиография на бедро</p> <p><i>Не включва:</i> такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])</p>

- 57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
- 57518-02 Рентгенография на подбедрица

Радиография на долен крайник

- 57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

1940 Ултразвук на глава ии шия

Извършват се задължително:

- 55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалогграфия
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

и

- 55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Дуплекс ултразвук на черепни, каротидни или гръбначни съдове

Включва: В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава при мапиране на кондюит (55294 [1948])

- 55274-00 Дуплекс ултразвук на екстракраниални, каротидни и вертебрални съдове
Включва: дуплекс ултразвук при:
• безименни съдове
• субклавни съдове
окулоплетизмография
периорбитално Доплерово изследване

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

Ултразвук на корем или таз

- 55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
• аорта
• илиачни съдове
• вена кава инфериор
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

ЕлектроенцефалогRAFия [ЕЕГ]

11000-00 ЕлектроенцефалогRAFия

1932 Изследвания на урината

Включва някои от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на рН на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-13 Изследване за амилаза в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
9192016 Изследване за билирубин в урината
91226-03 Изследване за свободен кортизол в урина за органични киселини

1863 Други неоперативни измервания

12533-00 Въглеродно маркирана урея дихателен тест
Включва: измерване на издишан $^{13}\text{CO}_2$ или $^{14}\text{CO}_2$
с използване на перорален ^{13}C или ^{14}C урея

Забележка: изпълнен за:

- потвърждаване колонизация на *Helicobacter pylori*
- мониториране на терапия за *Helicobacter pylori*

92207-00 Изследване на основна обмяна

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва някои от следните:

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

или

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

и

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

и

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

и

91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

и

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

и

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

и

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

и

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

или

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

и

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

и

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

или

91225-00 Изследване на Инсулин (IRI)

и

91225-01 Изследване на С- пептид

и

91225-02 Изследване на кортизолов ритъм

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Обучение

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:

- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

Трансфузия на:

- кръвни заместители
- гранулоцити

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

1. 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 ендокринология и болести на обмяната
2. Клинична лаборатория II или III ниво, с възможности и за хормонални изследвания
3. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за ехография на щитовидната жлеза

Забележка*: В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по

клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Лаборатория по микробиология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Първоначално диагностично уточняване, определяне на терапевтичното поведение и започване на лечение на болни със съмнение за метаболитно заболяване:

- Апнея синдром при високостепенно затлъстяване.
- Декомпенсиран Пиквик синдром (с хипоксемия и/или хиперкапния).
- Хипоалбуминемия (серумен албумин под 35 г/л) при малнутриция.
- Тежък анемичен синдром при малнутриция.
- Хипокалиемия при малнутриция.
- Тежка малнутриция:
 - възраст над 18 години - индекс на телесна маса (BMI) под 19 кг/кв.м.
- Пациенти над 18 години със затлъстяване, с индекс на телесна маса над 33 кг/кв.м; усложнено със сърдечно-съдови, дихателни и/или метаболитно – ендокринни нарушения.

- Пациенти с хронична малнютриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система; (индекс на телесна маса под 19 kg/m^2 , загуба на тегло над 5% в последните 1-3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25% и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л).
- Пациенти над 18 години с наследствени метаболитни заболявания за корекция на терапията и лечение на възникнали усложнения.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и диагностично-лечебен план

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КАТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследвания, ехография и/или биопсия на парашитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клиничко – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

2.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНАТА МАЛНУТРИЦИЯ

Коригирането на изразените хранителни дефицити при малнютриция се провежда в болнични условия с адекватно лечебно хранене, при стабилизирани жизнени функции и хемодинамични показатели, извън остри стресови състояния. Контраиндикации за лечебно (ентерално или парентерално) хранене са шок, хиперлактатемия (серумен лактат над 3-4 ммол/л), хипоксемия (pO_2 под 50 ммHg), хиперкапния $/pCO_2$ над 80 ммHg), тежка ацидоза (pH под 7,2).

При липса на противопоказания от страна на гастро-интестиналния тракт се предпочита ентералното хранене – през устата, с индивидуализиран адекватен хиперенергиен диетичен режим или при съответни индикации - ентерално сондово или стомно хранене, в комбинация с парентерално хранене.

Парентералното хранене се провежда чрез периферен венозен достъп, под форма на инфузии, като периферният осмоларитет на инфузионните разтвори не бива да надвишава 800-900 мОсм/л. Централният венозен достъп изисква специални катетри и техника, като разтворите за парентерално хранене следва да се дават отделно от медикаментозните разтвори през “собствен” лумен. В случаите на по-продължително парентерално хранене се препоръчват венозните инфузии през централен достъп. За парентерално хранене се ползват готови парентерални формули с балансиран състав, вкл. и глутаминов дипептид за имунонютриция. Когато състоянието на болния налага лечебното хранене да се започне само с парентерални инфузии, след това максимално бързо трябва да се премине към ентерално хранене, при което най-подходящи за ползване са готови стандартизирани ентерални хранителни смеси.

Лечебното хранене (парентерално и ентерално) се провежда индивидуализирано, като дневният хранителен внос се съобразява със съвременните препоръки на Европейското дружество по парентерално и ентерално хранене (ESPEN) за количествените и качествени съотношения на основните нутриенти и на допълнителните хранителни вещества при състояние на хронична малнютриция, с оглед съответните нарушения в хранителния статус.

Основни хранителни субстрати

Макронутриенти	Дневни нужди	% от дневните енергийни нужди	Вид и състав на лечебното хранене	
			парентерално	ентерално
Белтъчини	0,6 – 1,5 г/кг максимум 2 г/кг	15 – 20	аминокиселини, дипептиди	протеин, полипептиди, олигопептиди, рядко свободни аминокиселини
Въглехидрати	3 – 5 г/кг	40 – 60	глюкоза	полизахариди, дизахариди, и рядко монозахариди
Мазнини	0,8 – 1,5 г/кг максимум 1,8 г/кг	30 – 50	триглицериди (дълго-, средноверижни, структурирани)	триглицериди (късо-, средно-, дълговерижни)

Базални нужди от течности и електролити, витамини, олигоелементи:

Вода - 20 – 40 мл/кг

Натрий - 0,5 – 1,5 ммол/кг

Калий – 0,3 – 1,0 ммол/кг

Калций – 0,3 – 0,5 ммол/кг

Фосфор – 0,7 – 1,0 ммол/кг

Магнезий – 0,1 – 0,3 ммол/кг

При много от пациентите при парентерално хранене се налага добавка на електролитни смеси или разтвори за коригиране на изразени дефицити. При ентeрално хранене с готови ентeрални формули дневните потребности обикновено се покриват с количество от 1 500 мл.

С готови налични търговски препарати за парентерално хранене се осигуряват стандартни дневни нужди от витамини и микроелементи, като при съответни показания този внос може да се повиши. Готовите ентeрални хранителни разтвори осигуряват стандартните дневни нужди от микронутриенти. Вносът на последните също подлежи на корекция, ако са налице съответни индикации.

Водните нужди се повишават при фебрилитет (с 12,5% за всеки градус), изпотяване (с 10-25%), хипервентилация (с 10-60%), при загуба на течности през сонда, дренажи, диуреза. Установеният воден дефицит следва да се коригира.

Енергийните нужди при пациенти със задоволителна физическа активност са 25 – 30 ккал/кг и при имобилизирани пациенти - 20-25 ккал/кг. При пациенти с екстремна кахексия (ИТМ под 16 кг/м²) и след продължително гладуване, е необходим постепенен хранителен внос с 50% от изчислените нужди. При хиперенергийно хранене и повишени енергийни нужди хранителният внос се повишава до 40 – 50 ккал/кг телесна маса.

По време на болничното лечебно хранене – ентeрално и парентерално , както и при дехоспитализация, се прави етапна оценка на хранителния статус и тежестта на заболяването съобразени с европейските стандарти на ESPEN, при което се определя по-нататъшното терапевтично поведение, риск и прогноза на пациента.

2.2 ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ УСЛОЖНЕНО БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Лечението е комплексно и се осъществява в болнични условия при: високостепенно затлъстяване, в съчетание с изразен кардиоваскуларен риск, метаболитни нарушения, стерилитет, необходимост от срочна телесна редукция и при рефрактерни на амбулаторно лечение болни. Терапевтичната близка цел е редукция на наднормената телесна маса с 5 до 10% и намаляване на степента на сърдечно-съдовия и метаболитен риск.

Лечебната програма включва:

Базисната терапия е диетолечение с умерен балансиран нискоенергиен диетичен режим при среднодневна енергийност от 1400 ккал, мазнини до 30 енергийни %, въглехидрати, представени предимно от полизахариди до 55 енергийни % и белтъчини до 15 енергийни %, намалено съдържание на сол, увеличен внос на баластни вещества до 40 г на 1000 ккал и течности (минерална вода, билков чай, плодово-зеленчуков сок) 1,5 л и не по-малко от 1 л. При индивидуална преценка и недостатъчна телесна редукция може да се приложи многонискоенергиен балансиран диетичен режим от 600 до 800 ккал дневно за период от 7 до 10-14 дни, при който е необходим сърдечно-съдов и метаболитен контрол и активно клинично наблюдение, както и витаминна и минерална добавка. Този диетичен режим следва да се прекрати при поява на нежелани странични ефекти, кетоацидоза, ритъмни или проводни нарушения на сърдечната дейност, хипертонична реакция и нисък комплайънс от страна на пациента.

Индивидуализирана физиотерапия, (активна и пасивна) лечебна физкултура и рехабилитационна програма за осъществяване на телесна редукция, повишена физическа активност и енергоразход. По време на провежданата физиотерапия е необходим чест клинично-лабораторен и сърдечно-съдов контрол, особено при експресивно затлъстяване, намален физически капацитет и нетренирани пациенти.

Медикаментозно лечение – като антиобезни средства се прилагат централно действащи апетитопотискащи медикаменти при съответни индикации и клинично наблюдение. При наличие на артериална хипертония са подходящи АСЕ-инхибитори, диуретици, калциеви антагонисти, при дислиппротеинемия – статини и/или фибрати, при ИБС – АСЕ-инхибитори, нитрати, калциеви антагонисти, антиагреганти, при нарушен глюкозен толеранс, хиперинсулинемия и диабет тип 2 – метформин, акарбоза, СУП, при хиперурицемия и подагра – хипоурицемични медикаменти (при серумна пикочна киселина над 500 мкмол/л) - урикоинхибитор, урикоелиминатор, при ставно-болков синдром – аналгетици, нестероидни противовъзпалителни средства и др. При изразена сърдечно-съдова и дихателна недостатъчност – интермитентно кислородолечение, бронходилататори, при индикации дихателни аналептици, муколитици, АСЕ-инхибитори, нитрати, диуретици, кардиотоници, при съответни индикации - противовъзпалителни и противогрибкови средства.

Промяна в хранителното поведение – провеждане на поведенческа терапия, индивидуално и групово обучение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя според анамнестичните данни, клиничната картина, биохимичните, инструментални, функционални и образни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- установена диагноза;
- назначена терапевтична схема и хигиенно-диетичния режим;
- стабилизиране на жизнените показатели на пациента;
- задоволително общо състояние.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Недохранване (малнутриция) има тогава, когато за известен период от време нуждите на организма от енергия и градивни материали не са били покривани от приеманата храна. По-старите класификации определят два вида недохранване:

- **тип Маразъм**, при който има недостиг на всички хранителни елементи (енергийни и белтъчни) в почти еднаква степен, и
- **тип Квашиоркор**, при който има недостиг на протеини.

Според съвременните схващания във всички случаи на недохранване има недостиг и на двата компонента – енергия и протеини, т. е. не може да съществува недостиг само на протеини или само на енергия. По тази причина е по-точно да се говори за протеинно-енергийно недохранване (ПЕН) с преобладаване на единия от компонентите.

Причините за развитие на недохранване са много. Най-общо могат да се обединят в няколко групи:

- намален апетит;
- нарушено усвояване на храната – храносмилане или резорбция;
- големи загуби – рани, фистули на храносмилателния тракт, нарушени кожни повърхности и др;
- нарушени (забавени) анаболни процеси и синтез на протеини;
- засилен катаболизъм.

Когато говорим за протеинно-енергийно недохранване трябва задължително да правим разлика между обикновено гладуване и недохранването в условия на стрес.

Обикновено гладуване

Представлява частично или пълно прекратяване вноса на хранителни енергийни източници без да има някаква причина, която да повишава обичайните разходи на енергия и градивни елементи. Човешкият организъм е устроен да понася добре дълго гладуване, като използва своите резерви от мазнина и белтъци и в същото време пуска в ход механизми, които намаляват разхода на енергия и запазват телесните протеини.

МЕТАБОЛИТНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПЪЛНО ГЛАДУВАНЕ

• *Засилено отделяне на Катехоламини (КА) и Глюкагон, намалено отделяне на Инсулин през първите 48 – 72 часа – това води до засилена гликогенолиза и липолиза;*

• *Разход на енергия* (енергиен разход в покой) – нараства до 48-ми час, след което започва да намалява и към 5-ти до 7-ми ден спада под изходното ниво.

• *Доставка на Глюкоза*

Гликогенолиза през първите 24 часа (изчерпват се депата)

Глюконеогенеза (ГНГ) от аминокиселинни прекурсори. В началото ГНГ е много интензивна, като може да достигне до разграждането на 75 g белтъци (~300 g мускулна тъкан на ден). Около 5-тия ден настъпва адаптация на клетките в ЦНС към използване на кетони като основен източник на енергия, което води до намаляване на ГНГ с около 2/3.

От глицерол, получен при липолизата.

От Лактат – цикъл на Кори.

По-нататък следва постепенно донастройване на организма към използване на кетотелата като основен източник на енергия и допълнително намаляване на разходите. Същите процеси настъпват и при частично гладуване.

ОСНОВНИ ЖИЗНЕНИ СИСТЕМИ

Ментални функции

Нарушават се от недостиг на Thiamine (B1), B12, Ca, Mg, PO₄. Проучванията на Keys, Brozek и др. върху здрави доброволци и на Hill при клинични пациенти категорично са доказали, че недोхранването води до развитие на раздразнителност и депресия, които преминават при възстановяване на храненето.

Сърдечно-съдова и бъбречна функции

Тежкото недохранване и намаляването на телесното тегло водят до пропорционално намаляване обема на сърцето (размера), като ~40% от него се дължи на загубата на миокардна тъкан, а останалата част е за сметка на намален обем на сърдечните кухини. Загубата на миокардна маса води до намаляване на МОС, брадикардия и хипотензия. Получава се периферна циркулаторна недостатъчност, която може да причини намаляване на бъбречния кръвоток и гломерулната филтрация. Недостигът на вит. B6 задълбочава сърдечната недостатъчност, а електролитните нарушения са предпоставка за развитието на ритъмни нарушения.

Дихателна система

Намаляването на мускулната маса с ~20% нарушава структурата и работата на дихателната мускулатура (междуребрена и диафрагма). Състоянието на тежко недохранване отслабва дихателния отговор към хипоксия и хиперкапния.

Настъпват дегенеративни промени и в белодробните тъкани. Всичко това в съчетание с намаления имунитет и нарушената дренажна функция на ресничестия епител повишава силно риска от застойни пневмонии. При пациентите на ИБВ отвикването от апарат е много затруднено.

Храносмилателна система

Присъствието на храна в чревния лумен стимулира растежа и подмяната на ентероцитите и колоноцитите. При дълго гладуване и ТПХ клетките на чревната лигавица атрофират, намалява размера на чревните вили и дълбочината на криптите. Това влошава усвояването на липиди, дизахариди и глюкоза. Намалената стомашна, панкреатична и жлъчна секреция, както и промените в чревната флора, задълбочават допълнително малабсорбцията. Всички тези промени нарушават бариерната функция на чревната лигавица и създават условия за преминаване на бактерии и токсини към кръвта. Това се получава в много по-голяма степен при пациентите в критични състояния. Бактериалната транслокация е основен фактор при развитието и поддържането на системното възпаление.

Терморегулация

Тежкото недохранване и загубата на тегло нарушават адаптацията към ниски температури, като отслабват термогенезата и периферната вазоконстрикция. Това води до много по-лесно настъпване на хипотермия при пациенти с недохранване.

Имунна система

Подтиска се клетъчният имунитет и намалява възможностите за съпротива срещу инфекции. Намалява общия брой на лимфоцитите, най-вече за сметка на Т клетъчната линия. Развива се и атрофия на тимуса. Нарушенията в системата на

комплемента водят до отслабване на фагоцитозата, хемотаксиса и директната бактериална клетъчна деструкция. Зарастването на раните е много забавено.

Стратегия на хранителната поддръжка

- Пациентите с ПЕН, на които предстои планова хирургия се нуждаят от хранителна поддръжка в продължение на 2 – 3 седмици. Проведеното клинично дохранване ще помогне за възстановяване на дефицита от витамини, минерали и в малка степен за увеличаване на теглото. Това обаче е достатъчно за подобряване функциите на организма и намаляване риска от усложнения.

- Пациентите с ПЕН, които са претърпели спешна хирургия, трябва да получат хранителна поддръжка възможно най-бързо в следоперативния период.

- Пациентите с ПЕН в критично състояние трябва задължително да получават хранителна поддръжка наред с лечението на основния проблем.

- Пациентите без ПЕН, при които се очаква да не могат да приемат храна за повече от 7 дни поради заболявания или в следоперативния период, трябва също да получат хранителна поддръжка.

- Пациенти, които претърпяват многократни операции трябва да получават непрекъсната хранителна поддръжка.

- На пациентите с ПЕН, на които се налагат многократни спешни операции заради неразрешени коремни инфекции, фистули и др. трябва да бъде осигурен период на захранване, съчетан с по-висока физическа активност. По този начин в продължение

на няколко месеца се натрупва мускулна маса и се подобрява хранителното състояние. Това е важно условие за успеха на окончателната операция.

- Ако оперативната намеса не може да се отложи, нейният размер и радикалност трябва да бъдат съобразени с възможностите на организма да понесе метаболитното натоварване, предизвикано от оперативната травма.

Затлъстяването представлява състояние на прекомерно натрупване на мастна тъкан в организма. В зависимост от степента на това натрупване, състоянието се класифицира като наднормено тегло, или като затлъстяване, представляващи различни степени на здравен риск. За целите на практиката, оценката на телесното тегло, се прави най-често посредством индекса на телесната маса – ИТМ (наричан също индекс на Quetelet). Същият се изчислява по формулата:

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесно тегло (kg)}}{(\text{Ръст в m})^2} = \text{(kg/m}^2\text{)}$$

Класификация	ИТМ (kg/m ²) Риск от съпътстващи заболявания
Поднормено тегло	<18.5 Нисък (съществува увеличен риск от други клинични проблеми)
Нормално тегло	18.5 – 24.9 Нисък
Наднормено тегло	25.0 – 29.9 Увеличен
Затлъстяване I степен	30.0 – 34.9 Умерено висок
Затлъстяване II степен	35.0 – 39.9 Висок
Затлъстяване III степен	40.0 Много висок

Затлъстяването е резултат от нарушено равновесие между енергийния внос чрез храната и енергоразхода на индивида. Честа причина за това състояние е свръх-храненето, т.е. прием на повече от необходимата за основната обмяна и за двигателната активност енергия.

Свръхконсумацията на енергийна храна може да се дължи на психологически, наследствени и хормонални фактори. Известен е фактът, че индивиди с наследствена обремененост са предразположени в по-висока степен към затлъстяване. Дори лекото повишаване на телесното тегло увеличава заболяемостта и смъртността от метаболитни (свързани с обмяната на веществата) нарушения.

Затлъстяването е на второ място след тютюнопушенето като причина за преждевременна смърт. Доказана е връзката между затлъстяването и ред заболявания:

сърдечно-съдови, неинсулин зависим захарен диабет (тип 2), злокачествени заболявания (рак), респираторни (дихателни) проблеми, скелетно-мускулни болести, психосоциални проблеми.

В България, процентът на жените със затлъстяване е приблизително 35%, на мъжете – 25%, на децата и юношите – 10-12%. Високо степенното затлъстяване е два пъти по-често сред жените, в сравнение с мъжете.

Най-добрият подход в лечението на затлъстяването, е комплексният, т.е. този, който повлиява и двете страни на енергийното равновесие – понижаване приема и увеличаване разхода на енергия. Така комплексните програми за профилактика и лечение на този здравен проблем включват промяна в начина на живот с няколко основни елементи:

Диетични режими – рестриктивно-енергийните диетични режими са в основата на повечето програми за лечение на затлъстяването.

Двигателна активност – предотвратява адаптивното понижаване на основната обмяна, в отговор на ограничения енергиен прием.

Промяна в хранителните навици – правилен режим на хранене; избягване на пикантните подправки и солта; достатъчно питейна вода и течности; ниска консумация на мазнини, алкохол и прости захари; маломерни порции.

Метаболитни заболявания: пациентите постъпват в клиниката за лечение, когато са в декомпенсирано състояние. Целта е възстановяване на жизнените показатели, преодоляване на коматозното състояние, изчистване на организма от натрупания токсичен субстрат и стабилизиране на обменните процеси. Разясняване на пациентите за допуснатите пропуски в диетичното и медикаментозното лечение с цел предотвратяване на понататъшни метаболитни кризи.

**КП № 82 ДИАГНОСТИКА НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ
НАРУШЕНИЯ**
**КП № 82.2 ДИАГНОСТИКА НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ
НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ**

МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ – 3 ДНИ

А. ПРИ ДЕЦА

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

E41 Алиментарен маразм

Тежко разстройство на храненето с маразм

Не включва: квашиоркор при маразм (E42)

E43 Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено

Оток от гладуване

Затлъстяване

Не включва:

адипозогенитална дистрофия (E23.6)

липоматоза:

- БДУ (E88.2)

- болезнена [болест на Dercum] (E88.2)

- синдром на Prader-Willi (Q87.1)

Други анемии, свързани с храненето

Включва:

мегалобластна анемия, неподдаваща се на лечение с витамин B₁₂ или
фолати

D53.0 Анемия, причинена от белтъчен недоимък

Анемия от недоимък на аминокиселини

Оротацидурейна анемия

Не включва: Синдром на Lesch-Nyhan (E79.1)

E66.2 Екстремно затлъстяване с алвеоларна хиповентилация

Синдром на Pickwick

E66.8 Други форми на затлъстяване

Болестно затлъстяване

Метаболитен синдром

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 Класическа фенилкетонурия

E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии

E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина

Алкаптонурия

Хипертирозинемия

Охроноза

Тирозинемия

Тирозиноза

E70.3 Албинизъм

Албинизъм:

- очен

- очно-кожен

Синдром на:

- Chediak(-Steinbrinck)-Higashi

- Cross
- Hermansky-Pudlak

E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

Разстройства на:

- обмяната на хистидина
- обмяната на триптофана

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

E71.0 Болест на “урина като кленов сироп”

E71.1 Други разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига

Хиперлевцин-изолевцинемия
Хипервалинемия
Изовалерианова ацидемия
Метилмалонова ацидемия
Пропионова ацидемия

E71.2 Разстройство на обмяната на аминокиселините с разклонена верига, неуточнено

E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини

Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Митохондриални и пероксизомни болести
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Други разстройства на обмяната на аминокиселините

Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:
• обмяната на ароматните аминокиселини (E70.—)
• обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
• обмяната на мастните киселини (E71.3)
• обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)
подагра (M10.—)

E72.0 Разстройства на транспортирането на аминокиселини

Цистиноза
Цистинурия
Синдром на Fanconi(-de Toni)(-Debre)
Болест на Hartnup
Синдром на Lowe

Не включва: разстройства на обмяната на триптофана (E70.8)

E72.1 Разстройства на обмяната на сяра-съдържащите аминокиселини

Цистатионинурия
Хомоцистинурия
Метионинемия
Дефицит на сулфитоксидаза
Не включва: дефицит на транскобаламин II (D51.2)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята

Аргининемия
Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия

Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

E72.3 Разстройства на обмяната на лизина и хидроксилизина

Глутарова ацидурия

Хидроксизинемия
Хиперлизинемия

E72.4 Разстройства на обмяната на орнитина
Орнитинемия (тип I, II)

E72.5 Разстройства на обмяната на глицина
Хиперхидроксипролинемия
Хиперпролинемия (тип I, II)
Некетонова хиперглицинемия
Саркозинемия

E72.8 Други уточнени разстройства на обмяната на аминокиселините
Разстройства:
• на обмяната на β -аминокиселините
• в γ -глутамиловия цикъл

Непоносимост към лактоза

E73.0 Вроден недоимък на лактаза

E73.1 Вторичен недоимък на лактаза

E73.8 Други видове непоносимост към лактоза

Други разстройства на обмяната на въглехидратите

Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген

Сърдечна гликогеноза
Болест на:
• Andersen
• Cori
• Forbes
• Hers
• McArdle
• Pompe
• Tauri
• Von Gierke
Недоимък на чернодробна фосфорилаза

E74.1 Разстройства на обмяната на фруктозата

Есенциална фруктозурия
Недоимък на фруктозо-1,6-дифосфатаза
Наследствена непоносимост към фруктоза

E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата

Недоимък на галактокиназа
Галактоземия

E74.4 Разстройства на обмяната на пирувата и глюконеогенезата

Недоимък на:
• фосфоенолпируват карбоксикиназа
• пируват:
• карбоксилаза
• дехидрогеназа

Не включва: с анемия (D55.—)

E74.8 Други уточнени разстройства на обмяната на въглехидратите

Есенциална пентозурия

Оксало́за

Оксалурия

Ренална глюкозурия

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

E75.0 Ганглиозидоза GM₂

Болест на:

- Sandhoff

- Tay-Sachs

GM₂ ганглиозидоза:

- БДУ

- при възрастни

- ювенилна

E75.1 Други ганглиозидози

Ганглиозидоза:

- БДУ

- GM₁

- GM₃

Муколипидоза IV

E75.2 Други сфинголипидози

Болест на:

- Fabry(-Anderson)

- Gaucher

- Krabbe

- Niemann-Pick

Синдром на Farber

Метахроматична левкодистрофия

Недоимък на сулфатаза

Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.3 Сфинголипидоза, неуточнена

E75.4 Липофусциноза на невроните

Болест на:

- Batten

- Bielschowsky-Jansky

- Kufs

- Spielmeyer-Vogt

E75.5 Други разстройства на натрупването на липиди

Церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein]

Болест на Wolman

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I

Синдроми на:

- Hurler

- Hurler-Scheie

- Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II

Синдром на Hunter

- E76.2 Други мукополизахаридози**
Недоимък на β -глюкуронидаза
Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII
Синдром на:
• Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
• Morquio(-подобен)(класически)
• Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

Разстройства на обмяната на глюкопротеините

- E77.0 Дефекти в посттранслационната модификация на лизозомните ензими**
Муколипидоза II [I-клетъчна болест]
Муколипидоза III [псевдо- Hurler полидистрофия]
- E77.1 Дефекти в разграждането на глюкопротеините**
Аспартилглюкозаминурия
Фукозидоза
Маннозидоза
Сиалидоза [муколипидоза I]

E77.8 Други разстройства на обмяната на глюкопротеините

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии

Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

- E78.0 Чиста хиперхолестеролемия**
Фамилна хиперхолестеролемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIa
Хипербеталипопротеинемия
Хиперлипидемия, група A
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]
- E78.1 Чиста хиперглицеридемия**
Ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група B
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]
- E78.2 Смесена хиперлипидемия**
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипидемия, група C
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum
Не включва: церебротендиозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)
- E78.3 Хиперхиломикронемия**
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицеридемия
- E78.4 Други хиперлипидемии**
- E78.6 Недоимък на липопротеини**
Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия
Хипобеталипопротеинемия (фамилна)

Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза
Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините

Разстройства на обмяната на пурина и пиримидина

Не включва: камък на бъбрека (N20.0)
комбинирани имунонедоимъчни разстройства (D81.—)
подагра (M10.—)
оротацидурична анемия (D53.0)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

E79.1 Синдром на Lesch-Nyhan

E79.8 Други разстройства на обмяната на пурина и пиримидина Наследствена ксантинурия

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия Вродена еритропоетична порфирия Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии Наследствена копропорфирия Порфирия: • БДУ • остра интермитентна (чернодробна) При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси) Болест на Wilson

E83.2 Разстройства на обмяната на цинка Ентеропатен акродерматит

E83.4 Разстройства на обмяната на магнезия Хипермагнеземия Хипомагнеземия

Други разстройства във водно-електролитния и алкално-киселинния баланс

E87.0 Хиперосмоларитет хипернатриемия

Излишък на натрий [Na]
Претоварване с натрий [Na]

E87.8 Други разстройства във водно-солевото равновесие, неклассифицирани другаде

Разстройство на електролитния баланс БДУ
Хиперхлоремия
Хипохлоремия

Други разстройства на обмяната на веществата

Не включва: хистиоцитоза Х (хронична) (D76.0)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало разстройство на обмяната на веществата, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E88.1 Липодистрофия, некласифицирана другаде

Липодистрофия БДУ

Не включва: болест на Whipple (K90.8)

E88.2 Липоматоза, некласифицирана другаде

Липоматоза:

- БДУ
- болезнена [Dercum]

E88.8 Други уточнени разстройства на обмяната на веществата

Аденолипоматоза на Launois-Bensaude

Триметиламинурия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])

такава на:

- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

- 57715-00 Рентгенография на таз
Радиография на тазов вход
Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])
- 57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

- 57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])
- 57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
- 57518-02 Рентгенография на подбедрица

Ултразвук на глава и шия

Включва задължително:

- 55028-00 Ултразвук на глава
ЕхоенцефалогRAFия
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

и

- 55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

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

- 55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

- Включва:* В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
- Не включва:* такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:

- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инфериор

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

1932 Изследвания на урината

Включва някои от следните:

- 91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
- 91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
- 91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
- 91920-06 Изследване на рН на урина
- 91920-07 Изследване за кетотела в урината
- 91920-08 Изследване на захар в уринна проба
- 91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
- 91920-13 Изследване за амилаза в урината
- 91920-14 Изследване за белтък в урината
- 91920-16 Изследване за билирубин в урината
- 91226-03 Изследване за свободен кортизол в урина за органични киселини

1863 Други неоперативни измервания

12533-00 Въглеродно маркирана урея дихателен тест

Включва: измерване на издишан $^{13}\text{CO}_2$ или $^{14}\text{CO}_2$
с използване на перорален ^{13}C или ^{14}C урея

Забележка: изпълнен за:

- потвърждаване колонизация на *Helicobacter pylori*
- мониториране на терапия за *Helicobacter pylori*

92207-00 Изследване на основна обмяна

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва някои от следните:

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

или

91910-26 Клинично-химични изследвания за ACAT

и	
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
и	
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
и	
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
и	
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
и	
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
и	
91910-22	Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
и	
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
или	
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-38	Клинично-химични изследвания за хлориди
или	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
или	
91225-00	Изследване на Инсулин (IRI)
и	
91225-01	Изследване на С- пептид
и	
91225-02	Изследване на кортизолов ритъм

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00	друга оценка, консултация или оценяване
	оценка }
	консултация }
	оценяване }
	интервю }
	бду

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])

• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, от които задължително една от посочените в блок 1923 и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Само за диагноза с код **E66.8** се допуска прилагане и отчитане на две основни диагностични и една основна терапевтична процедура.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска ендокринология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", в обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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 детска ендокринология или Клиника/отделение по педиатрия
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност детска ендокринология и болести на обмяната – един и притежаващ квалификация по ехография на щитовидна жлеза или

в отделение/клиника по педиатрия III ниво – четирима лекари с призната специалност по педиатрия и наличие в лечебното заведение на специалист по ендокринология или детска ендокринология с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;

- лекар със специалност клинична лаборатория.

- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Първоначално диагностично уточняване, определяне на терапевтичното поведение и започване на лечение на болни със съмнение за метаболитно заболяване:

- Хипоалбуминемия (серумен албумин под 35 г/л) при малнютриция.
- Тежък анемичен синдром при малнютриция.
- Хипокалиемия при малнютриция.
- Тежка малнютриция:
 - при възраст под 18 години - тегло 30% под съответното за възрастта.
- Пациенти до 18 години със затлъстяване и свръхтегло с индекс на телесна маса /BMI/ над 95 персентил или под 19, усложнено със сърдечно-съдови, дихателни и/или метаболитно – ендокринни нарушения.
- Пациенти с хронична малнютриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система; (индекс на телесна маса - BMI под 19 кг/м², загуба на тегло над 5% в последните 1-3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25% и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л).

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и диагностично-лечебен план

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследвания, ехография и/или биопсия на парашитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клиничко – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

2.1 ЛЕЧЕНИЕ НА МАЛНУТРИЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ НА ВЪЗРАСТ ПОД 18 ГОДИНИ

Лечението на първичните форми на белтъчно-енергийната малнютриция (БЕМ) е диетично, а на вторичните едновременно се провежда лечение на основното заболяване след неговото уточняване.

В началото на лечението е показано частично парентерално хранене, биопродукти (цялостна кръв, плазма, хуман-албумин).

Диетолечението се провежда в два етапа:

Първи етап – определяне на толеранса към храна. Започва се с минимално количество – около 50% от нормата за възрастта и след стабилизиране на тегловната крива количеството храна постепенно се увеличава. Единствената храна е мляко – кърма, хидролизирано, соево или нисколактозно.

Втори етап - усилено белтъчно хранене. Постепенно се увеличава вноса на енергия и белтъци. Обемът на храната се увеличава постепенно до препоръчания за възрастта, а белтъците до 2,5 – 3,5 г/кг тегло/24ч. Едва след това се въвеждат останалите храни, подходящи за възрастта. При необходимост за постигане на оптимален енергиен внос е допустимо подсладяване на храните с 3% повече от препоръчаното (за кърмачета и малки деца).

При по-големи деца могат да се използват готови стандартизирани ентéralни хранителни смеси.

Допълнително се внасят микрогранулирани панкреасни препарати, поливитамины, микроелементи, железни препарати.

2.2 ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ УСЛОЖНЕНО БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ ДО 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Лечение на затлъстяване с хиперинсулинизъм

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.
3. Медикаментозно лечение с метформин – при индикации.

Лечение на затлъстяване с нарушен глюкозен толеранс

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен план.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.
3. Медикаментозно лечение с метформин – при индикации.

Лечение на затлъстяване с артериална хипертония

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим с редукция на натриевия хлорид.

2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.
3. Медикаментозно лечение с антихипертензивни средства.

Лечение на затлъстяване с хиперлипидемия

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя според анамнестичните данни, клиничната картина, биохимичните, инструментални, функционални и образни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- диагностично уточняване;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ *“ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Недохранване (малнутриция) има тогава, когато за известен период от време нуждите на организма от енергия и градивни материали не са били покривани от приеманата храна. По-старите класификации определят два вида недохранване:

- **тип Маразм**, при който има недостиг на всички хранителни елементи (енергийни и белтъчни) в почти еднаква степен, и
- **тип Квашиоркор**, при който има недостиг на протеини.

Според съвременните схващания във всички случаи на недохранване има недостиг и на двата компонента – енергия и протеини, т. е. не може да съществува недостиг само на протеини или само на енергия. По тази причина е по-точно да се говори за протеинно-енергийно недохранване (ПЕН) с преобладаване на единия от компонентите. Причините за развитие на недохранване са много. Най-общо могат да се обединят в няколко групи:

- намален апетит;
- нарушено усвояване на храната – храносмилане или резорбция;
- големи загуби – рани, фистули на храносмилателния тракт, нарушени кожни повърхности и др;
- нарушени (забавени) анаболни процеси и синтез на протеини;
- засилен катаболизъм.

Когато говорим за протеинно-енергийно недохранване трябва задължително да правим разлика между обикновено гладуване и недохранването в условия на стрес.

Обикновено гладуване

Представлява частично или пълно прекратяване вноса на хранителни енергийни източници без да има някаква причина, която да повишава обичайните разходи на енергия и градивни елементи. Човешкият организъм е устроен да понася добре дълго гладуване, като използва своите резерви от мазнина и белтъци и в същото време пуска в ход механизми, които намаляват разхода на енергия и запазват телесните протеини.

МЕТАБОЛИТНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПЪЛНО ГЛАДУВАНЕ

- *Засилено отделяне на Катехоламини (КА) и Глюкагон, намалено отделяне на Инсулин през първите 48 – 72 часа – това води до засилена гликогенолиза и липолиза;*
- *Разход на енергия* (енергиен разход в покой) – нараства до 48-ми час, след което започва да намалява и към 5-ти до 7-ми ден спада под изходното ниво.
- *Доставка на Глюкоза*

Гликогенолиза през първите 24 часа (изчерпват се депата)

Глюконеогенеза (ГНГ) от аминокиселинни прекурсори. В началото ГНГ е много интензивна, като може да достигне до разграждането на 75 g белтъци (~300 g мускулна тъкан на ден). Около 5-тия ден настъпва адаптация на клетките в ЦНС към използване на кетони като основен източник на енергия, което води до намаляване на ГНГ с около 2/3.

От глицерол, получен при липолизата.

От Лактат – цикъл на Кори.

По-нататък следва постепенно донастройване на организма към използване на кетотелата като основен източник на енергия и допълнително намаляване на разходите. Същите процеси настъпват и при частично гладуване.

ОСНОВНИ ЖИЗНЕНИ СИСТЕМИ

Ментални функции

Нарушават се от недостиг на Thiamine (B1), B12, Ca, Mg, PO4. Проучванията на Keys, Brozek и др. върху здрави доброволци и на Hill при клинични пациенти категорично са доказали, че недोхранването води до развитие на раздразнителност и депресия, които преминават при възстановяване на храненето.

Сърдечно-съдова и бъбречна функции

Тежкото недохранване и намаляването на телесното тегло водят до пропорционално намаляване обема на сърцето (размера), като ~40% от него се дължи на загубата на миокардна тъкан, а останалата част е за сметка на намален обем на сърдечните кухини. Загубата на миокардна маса води до намаляване на МОС, брадикардия и хипотензия. Получава се периферна циркулаторна недостатъчност, която може да причини намаляване на бъбречния кръвоток и гломерулната филтрация. Недостигът на вит. B6 задълбочава сърдечната недостатъчност, а електролитните нарушения са предпоставка за развитието на ритъмни нарушения.

Дихателна система

Намаляването на мускулната маса с ~20% нарушава структурата и работата на дихателната мускулатура (междуребрена и диафрагма). Състоянието на тежко недохранване отслабва дихателния отговор към хипоксия и хиперкапния.

Настъпват дегенеративни промени и в белодробните тъкани. Всичко това в съчетание с намаления имунитет и нарушената дренажна функция на ресничестия епител повишава силно риска от застойни пневмонии. При пациентите на ИБВ отвикването от апарат е много затруднено.

Храносмилателна система

Присъствието на храна в чревния лумен стимулира растежа и подмяната на ентероцитите и колоноцитите. При дълго гладуване и ТПХ клетките на чревната лигавица атрофират, намалява размера на чревните вили и дълбочината на криптите. Това влошава усвояването на липиди, дизахариди и глюкоза. Намалената стомашна, панкреатична и жлъчна секреция, както и промените в чревната флора, задълбочават допълнително малабсорбцията. Всички тези промени нарушават бариерната функция на чревната лигавица и създават условия за преминаване на бактерии и токсини към кръвта. Това се получава в много по-голяма степен при пациентите в критични състояния. Бактериалната транслокация е основен фактор при развитието и поддържането на системното възпаление.

Терморегулация

Тежкото недохранване и загубата на тегло нарушават адаптацията към ниски температури, като отслабват термогенезата и периферната вазоконстрикция. Това води до много по-лесно настъпване на хипотермия при пациенти с недохранване.

Имунна система

Подтиска се клетъчният имунитет и намалява възможностите за съпротива срещу инфекции. Намалява общия брой на лимфоцитите, най-вече за сметка на Т клетъчната линия. Развива се и атрофия на тимуса. Нарушенията в системата на

комплемента водят до отслабване на фагоцитозата, хемотаксиса и директната бактериална клетъчна деструкция. Зарастването на раните е много забавено.

Стратегия на хранителната поддръжка

- Пациентите с ПЕН, на които предстои планова хирургия се нуждаят от хранителна поддръжка в продължение на 2 – 3 седмици. Проведеното клинично дохранване ще помогне за възстановяване на дефицита от витамини, минерали и в малка степен за увеличаване на теглото. Това обаче е достатъчно за подобряване функциите на организма и намаляване риска от усложнения.

- Пациентите с ПЕН, които са претърпели спешна хирургия, трябва да получат хранителна поддръжка възможно най-бързо в следоперативния период.

- Пациентите с ПЕН в критично състояние трябва задължително да получават хранителна поддръжка наред с лечението на основния проблем.

- Пациентите без ПЕН, при които се очаква да не могат да приемат храна за повече от 7 дни поради заболявания или в следоперативния период, трябва също да получат хранителна поддръжка.

- Пациенти, които претърпяват многократни операции трябва да получават непрекъсната хранителна поддръжка.

- На пациентите с ПЕН, на които се налагат многократни спешни операции заради неразрешени коремни инфекции, фистули и др. трябва да бъде осигурен период на захранване, съчетан с по-висока физическа активност. По този начин в продължение на няколко месеца се натрупва мускулна маса и се подобрява хранителното състояние. Това е важно условие за успеха на окончателната операция.

- Ако оперативната намеса не може да се отложи, нейният размер и радикалност трябва да бъдат съобразени с възможностите на организма да понесе метаболитното натоварване, предизвикано от оперативната травма.

Затлъстяването представлява състояние на прекомерно натрупване на мастна тъкан в организма. В зависимост от степента на това натрупване, състоянието се класифицира като наднормено тегло, или като затлъстяване, представляващи различни степени на здравен риск. За целите на практиката, оценката на телесното тегло, се прави най-често посредством индекса на телесната маса – ИТМ (наричан също индекс на Quetelet). Същият се изчислява по формулата:

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесно тегло (kg)}}{(\text{Ръст в m})^2} = (\text{kg/m}^2)$$

Класификация	ИТМ (kg/m ²)	Риск от съпътстващи заболявания
Поднормено тегло	<18.5	Нисък (съществува увеличен риск от други клинични проблеми)
Нормално тегло	18.5 – 24.9	Нисък
Наднормено тегло	25.0 – 29.9	Увеличен
Затлъстяване I степен	30.0 – 34.9	Умерено висок
Затлъстяване II степен	35.0 – 39.9	Висок
Затлъстяване III степен	40.0	Много висок

Затлъстяването е резултат от нарушено равновесие между енергийния внос чрез храната и енергоразхода на индивида. Честа причина за това състояние е свръххраненето, т.е. прием на повече от необходимата за основната обмяна и за двигателната активност енергия.

Свръхконсумацията на енергийна храна може да се дължи на психологически, наследствени и хормонални фактори. Известен е фактът, че индивиди с наследствена обремененост са предразположени в по-висока степен към затлъстяване. Дори лекото повишаване на телесното тегло увеличава заболяемостта и смъртността от метаболитни (свързани с обмяната на веществата) нарушения.

Затлъстяването е на второ място след тютюнопушенето като причина за преждевременна смърт. Доказана е връзката между затлъстяването и ред заболявания: сърдечно-съдови, неинсулин зависим захарен диабет (тип 2), злокачествени заболявания (рак), респираторни (дихателни) проблеми, скелетно-мускулни болести, психосоциални проблеми.

В България, процентът на жените със затлъстяване е приблизително 35%, на мъжете – 25%, на децата и юношите – 10-12%. Високо степенното затлъстяване е два пъти по-често сред жените, в сравнение с мъжете.

Най-добрият подход в лечението на затлъстяването, е комплексният, т.е. този, който повлиява и двете страни на енергийното равновесие – понижаване приема и увеличаване разхода на енергия. Така комплексните програми за профилактика и лечение на този здравен проблем включват промяна в начина на живот с няколко основни елементи:

Диетични режими – рестриктивно-енергийните диетични режими са в основата на повечето програми за лечение на затлъстяването.

Двигателна активност – предотвратява адаптивното понижаване на основната обмяна, в отговор на ограничения енергиен прием.

Промяна в хранителните навици – правилен режим на хранене; избягване на пикантните подправки и солта; достатъчно питейна вода и течности; ниска консумация на мазнини, алкохол и прости захари; маломерни порции;

Б. ПРИ ДЕЦА ДО 28 ДЕН

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

E41 Алиментарен маразъм

Тежко разстройство на храненето с маразъм

Не включва: квашиоркор при маразъм (E42)

E43 Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено

Оток от гладуване

Затлъстяване

Не включва:

адипозогенитална дистрофия (E23.6)

липоматоза:

- БДУ (E88.2)

- болезнена [болест на Dercum] (E88.2)

- синдром на Prader-Willi (Q87.1)

Други анемии, свързани с храненето

Включва: мегалобластна анемия, неподдаваща се на лечение с витамин B₁₂ или фолати

D53.0 Анемия, причинена от белтъчен недоимък

Анемия от недоимък на аминокиселини

Оротацидурейна анемия

Не включва: Синдром на Lesch-Nyhan (E79.1)

E66.2 Екстремно затлъстяване с алвеоларна хиповентиляция

Синдром на Pickwick

E66.8 Други форми на затлъстяване

Болезно затлъстяване

Метаболитен синдром

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 Класическа фенилкетонурия

E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии

E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина

Алкаптонурия

Хипертирозинемия

Охроноза

Тирозинемия

Тирозиноза

E70.3 Албинизъм

Албинизъм:

- очен
- очно-кожен

Синдром на:

- Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
- Cross
- Hermansky-Pudlak

E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

Разстройства на:

- обмяната на хистидина
- обмяната на триптофана

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини**E71.0 Болест на “урина като кленов сироп”****E71.1 Други разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига**

Хиперлевцин-изолевцинемия

Хипервалинемия

Изовалерианова ацидемия

Метилмалонова ацидемия

Пропионова ацидемия

E71.2 Разстройство на обмяната на аминокиселините с разклонена верига, неуточнено**E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини**

Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]

Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза

Митохондриални и пероксизомни болести

Не включва: болест на Refsum (G60.1)

болест на Schilder (G37.0)

синдром на Zellweger (Q87.8)

Други разстройства на обмяната на аминокиселините**Не включва:** отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)

разстройства на:

- обмяната на ароматните аминиокиселини (E70.—)
 - обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
 - обмяната на мастните киселини (E71.3)
 - обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)
- подагра (M10.—)

E72.0 Разстройства на транспортирането на аминокиселини

Цистиноза

Цистинурия

Синдром на Fanconi(-de Toni)(-Debre)

Болест на Hartnup

Синдром на Lowe

Не включва: разстройства на обмяната на триптофана (E70.8)**E72.1 Разстройства на обмяната на сярна-съдържащите аминокиселини**

Цистатионинурия

Хомоцистинурия

Метионинемия

Дефицит на сулфитоксидаза

Не включва: дефицит на транскобаламин II (D51.2)**E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята**

Аргининемия

Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия
Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

E72.3 Разстройства на обмяната на лизина и хидроксилизина

Глутарова ацидурия
Хидроксилизиномия
Хиперлизиномия

E72.4 Разстройства на обмяната на орнитина

Орнитинемия (тип I, II)

E72.5 Разстройства на обмяната на глицина

Хиперхидроксипролинемия
Хиперпролинемия (тип I, II)
Некетонова хиперглицинемия
Саркозинемия

E72.8 Други уточнени разстройства на обмяната на аминокиселините

Разстройства:

- на обмяната на β -аминокиселините
- в γ -глутамиловия цикъл

Непоносимост към лактоза

E73.0 Вроден недоимък на лактаза

E73.1 Вторичен недоимък на лактаза

E73.8 Други видове непоносимост към лактоза

Други разстройства на обмяната на въглехидратите

Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген

Сърдечна гликогеноза

Болест на:

- Andersen
- Cori
- Forbes
- Hers
- McArdle
- Pompe
- Tauri
- Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

E74.1 Разстройства на обмяната на фруктозата

Есенциална фруктозурия
Недоимък на фруктозо-1,6-дифосфатаза
Наследствена непоносимост към фруктоза

E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата

Недоимък на галактокиназа
Галактоземия

E74.4 Разстройства на обмяната на пирувата и глюконеогенезата

Недоимък на:

- фосфоенолпируват карбоксикиназа
- пируват:
 - карбоксилаза
 - дехидрогеназа

Не включва: с анемия (D55.—)

E74.8 Други уточнени разстройства на обмяната на въглехидратите

Есенциална пентозурия

Оксалоза

Оксалурия

Ренална глюкозурия

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

E75.0 Ганглиозидоза GM₂

Болест на:

- Sandhoff
- Tay-Sachs

GM₂ ганглиозидоза:

- БДУ
- при възрастни
- ювенилна

E75.1 Други ганглиозидози

Ганглиозидоза:

- БДУ
- GM₁
- GM₃

Муколипидоза IV

E75.2 Други сфинголипидози

Болест на:

- Fabry(-Anderson)
- Gaucher
- Krabbe
- Niemann-Pick

Синдром на Farber

Метахроматична левкодистрофия

Недоимък на сульфатаза

Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.3 Сфинголипидоза, неуточнена

E75.4 Липофусциноза на невроните

Болест на:

- Batten
- Bielschowsky-Jansky
- Kufs
- Spielmeyer-Vogt

E75.5 Други разстройства на натрупването на липиди

Церебротендиозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein]

Болест на Wolman

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I

Синдроми на:

- Hurler

- Hurler-Scheie
- Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II
Синдром на Hunter

E76.2 Други мукополизахаридози
Недоимък на β -глюкуронидаза
Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII
Синдром на:

- Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
- Morquio(-подобен)(класически)
- Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глицозаминогликаните

Разстройства на обмяната на глицопротеините

E77.0 Дефекти в посттранслационната модификация на лизозомните ензими
Муколипидоза II [I-клетъчна болест]
Муколипидоза III [псевдо- Hurler полидистрофия]

E77.1 Дефекти в разграждането на глицопротеините
Аспартилглицозаминурия
Фукозидоза
Маннозидоза
Сиалидоза [муколипидоза I]

E77.8 Други разстройства на обмяната на глицопротеините

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии

Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

E78.0 Чиста хиперхолестеролемия
Фамилна хиперхолестеролемия
Хиперлипотеинемия на Fredrickson, тип IIa
Хипербеталипопротеинемия
Хиперлипидемия, група A
Хиперлипотеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]

E78.1 Чиста хиперглицеридемия
Ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипотеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група B
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипотеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]

E78.2 Смесена хиперлипидемия
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипотеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипидемия, група C
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum
Не включва: церебротендиозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)

E78.3 Хиперхиломикронемия
Хиперлипотеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицеридемия

E78.4 Други хиперлипидемии

E78.6 Недоимък на липопротеини

Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия
Хипобеталипопротеинемия (фамилна)
Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза
Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините**Разстройства на обмяната на пурина и пиримидина**

Не включва: камък на бъбрека (N20.0)
комбинирани имунонедоимъчни разстройства (D81.—)
подагра (M10.—)
оротацидурична анемия (D53.0)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

E79.1 Синдром на Lesch-Nyhan**E79.8 Други разстройства на обмяната на пурина и пиримидина**

Наследствена ксантинурия

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина**E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия**

Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда**E80.2 Други порфирии**

Наследствена копропорфирия

Порфирия:

- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта

Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.2 Разстройства на обмяната на цинка

Ентеропатен акродерматит

E83.4 Разстройства на обмяната на магнезия

Хипермагнеземия
Хипомагнеземия

Други разстройства във водно-електролитния и алкално-киселинния баланс**E87.0 Хиперосмоларитет хипернатриемия**

Излишък на натрий [Na]

Претоварване с натрий [Na]

E87.8 Други разстройства във водно-солевото равновесие, неклассифицирани другаде

Разстройство на електролитния баланс БДУ

Хиперхлоремия

Хипохлоремия

Други разстройства на обмяната на веществата

Не включва: хистиоцитоза Х (хронична) (D76.0)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало разстройство на обмяната на веществата, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E88.1 Липодистрофия, неклассифицирана другаде

Липодистрофия БДУ

Не включва: болест на Whipple (K90.8)

E88.2 Липоматоза, неклассифицирана другаде

Липоматоза:

- БДУ
- болезнена [Dercum]

E88.8 Други уточнени разстройства на обмяната на веществата

Аденолипоматоза на Launois-Bensaude

Триметиламинурия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])

такава на:

- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела	
58115-00	<p>Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела</p> <p><i>Включва:</i> функционални гледни точки такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:</p> <ul style="list-style-type: none"> • цервикален • лумбосакрален • сакрококцигеален • торакален
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	<p>Рентгенография на гръден кош</p> <p><i>Включва:</i> бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум</p> <p><i>Не включва:</i> такава на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
Рентгенография на раменен отдел	
57700-00	Радиография на рамо или скапула
Рентгенография на горен крайник	
57512-01	Рентгенография на лакът и предмишница
Рентгенография на горен крайник	
57512-03	Рентгенография на длан, пръсти и китка
Изследване на кости	
58300-00	Рентгеново изследване костна възраст на китка и коляно
Рентгенография на таз	
57712-00	<p>Рентгенография на тазобедрена става</p> <p><i>Не включва:</i> контрастна артрография (59751-00 [1985]) такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])</p>
57715-00	<p>Рентгенография на таз</p> <p>Радиография на тазов вход</p> <p><i>Не включва:</i> радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])</p>
Радиография на долен крайник	
57518-00	<p>Рентгенография на фемур</p> <p>Радиография на бедро</p> <p><i>Не включва:</i> такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])</p>
57518-01	<p>Рентгенография на коляно</p> <p><i>Не включва:</i> изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])</p>
57518-02	Рентгенография на подбедрица

Радиография на долен крайник	
57524-04	Рентгенография на глезен и стъпало
1940 Ултразвук на глава и шия	
Включва задължително:	
55028-00	Ултразвук на глава
	Ехоенцефалография
	<i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
и	
55032-00	Ултразвук на шия
	<i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])
Ултразвук на сърце	
	Ехокардиография
<i>Включва:</i>	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
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем
<i>Включва:</i>	сканиране на уринарен тракт
<i>Не включва:</i>	коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък
	<i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-00	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-01	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91929-02	Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-00	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и хрчка за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-01	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и хрчка за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
92184-02	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и хрчка за култура и чувствителност
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-00	Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-01	Микроскопско изследване на кръв за култура
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
Включва задължително следните:	
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
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-08	Изследване на време на кръвене
91913-04	Изследване на време на съсирване
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
Задължително при генетично заболяване за поставяне на генетична диагноза, при първа хоспитализация, се извършва:	
91881-00	ДНК анализ
По преценка на лекуващия лекар се извършват и:	
91916-00	Генетични изследвания
91916-01	Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък
91925-19	Други хормонални изследвания
91913-02	Серологично изследване за ранен и за късен сифилис

Други диагностични тестове, измервания или изследвания			
91919-03	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за бактериална намазка		
Други диагностични тестове, измервания или изследвания			
91919-04	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура		
Други диагностични тестове, измервания или изследвания			
91919-05	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност		
1926 Микробиологични изследвания			
91920-02	Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност Включва: урокултура антибиограма		
1932 изследване на урина			
91226-00	Метаболитен скрининг на урина за мукополизахариди		
91226-01	Метаболитен скрининг на урина за аминокиселини		
91226-02	Метаболитен скрининг на урина за органични киселини		
Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания			
92015-00	Визуален евокиран потенциал [БЕП]		
Слухови евокирани потенциали			
11300-00	Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол		
96050-00	Кортикален евокиран отговор аудиометрия		
1934 Други лабораторни изследвания			
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19		
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2		
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ			
1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка			
96037-00	друга оценка, консултация или оценяване		
	оценка	}	
	консултация	}	
	оценяване	}	бду
	интервю	}	

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система	
92066-00	Поставяне на ректална тръба Смяна на ректална тръба
Приложение на фармакотерапия	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
Приложение на фармакотерапия	
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])
Приложение на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • 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])

Приложение на фармакотерапия

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Приложение на фармакотерапия

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 три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

При първа хоспитализация по повод генетично заболяване:

Клиничната пътека се отчита със задължително проведено генетично изследване: „метаболитен скрининг или анализ на урина за мукополизахариди, аминокиселини или органични киселини” блок 1932 (91226-00, 91226-01, 91226-02)

или

ензимен и/или ДНК – анализ, в случаите когато се касае за генетично заболяване и анализите са възможни в България, блок 1923.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания, вкл. и генетични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги ", в обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", в обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология"(за деца до 28-ия ден).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 педиатрия или Неонатологична клиника/отделение
2. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, вкл. КГА, хемостазиология
3. Структура за рентгеново изследване – ренгенов апарат за скопия и графия
4. Звено за интензивно лечение

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология/педиатрия.

2. 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. Имунологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. Клиника/отделение по образна диагностика, разполагащо с КТ /МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24-часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Вирусологична лаборатория - на територията на областта
5. Ехокардиограф
6. Цитогенетична лаборатория – на територията на областта
7. Генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК – анализ – на територията на страната
8. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- най-малко шестима лекари, от които най-малко четирима със специалност "Педиатрия", най-малко един има допълнителна квалификация за извършване на ехография (трансфонтанелна и/или абдоминална) и най-малко двама са с придобита втора специалност с педиатрична насоченост;

или

- най-малко шестима лекари, от които най-малко трима със специалност "Неонатология", един от тях с квалификация по ехография – трансфонтанелна и/или абдоминална;

- лекар - специалист по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Първоначално диагностично уточняване, определяне на терапевтичното поведение и започване на лечение на болни със съмнение за метаболитно заболяване:

- Метаболитна криза
- Коматозно състояние
- Гърчов синдром
- При неясна диагноза за уточняване.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и диагностично-лечебен план

Метаболитни заболявания: пациентите постъпват в клиниката за поставяне на диагноза и за лечение, когато са в декомпенсирано състояние. Целта е възстановяване на жизнените показатели, преодоляване на коматозното състояние, изчистване на организма от натрупания токсичен субстрат и стабилизиране на обменните процеси. Разясняване на родителите за допуснатите пропуски в диетичното и медикаментозното лечение с цел предотвратяване на по-нататъшни метаболитни кризи.

Диагностични изследвания:

- До 48-ия час – се извършват следните изследвания - ПКК, урина, биохимия (само изследванията необходими за доказване на диагнозата), лактат, амоняк;
- До 72 – ия час се извършват - ЕЕГ и вземане на кръв и урина за специализирани изследвания (аминокиселини, органични киселинини, мукополизахариди, ензимни изследвания) при необходимост;
- До края на болничния престой, в зависимост от състоянието на детето и необходимост за поставяне и уточняване на диагнозата - трансфонтанелна ехография, рентгеново изследване, ехография на коремни органи, ехокардиография, консултации с невролог, кардиолог, започване на кинезитерапия.

Лечение

По време на хоспитализацията лечението е основно симптоматично.

Медикаментозно лечение - инфузия на глюкоза, електролити, биологични продукти, хранене със сонда, парентерално или орално приложение на антибиотик, кортикостероид, антиконвулсанти, антиеметични средства.

Ензим-заместваща терапия при пациенти с болестта на Гоше се отчита с АПр № 33 - „Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терепевтична схема”, с бланка №8А , като отчитането на приложените лекарствени средства се извършва по установения ред.

Възможността за отчитане на пациенти по пътеката се запазва само за случаите на диагностика и проследяване на състоянието.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, статуса и след хистологично (при определени нозологии), цитогенетично, молекулярно изследване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- диагностично уточняване;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Наследствените метаболитни болести са група от генетични заболявания, при които липсата на определен ензим води до увреждане на различни органи, включително мозъка. Ензимите са белтъци, които имат много функции, включително разграждане на определени вещества в организма. При метаболитните болести това разграждане е нарушено, веществата не се използват пълноценно, а се натрупват в различни тъкани, стават токсични за тях и това води до проявата на определена метаболитна болест. Тежестта на заболяването зависи от вида на липсващия ензим и органите, които са засегнати.

Метаболитните заболявания се причиняват от дефект в гена, който е отговорен за синтезирането на даден ензим. В повечето случаи този дефект се носи от двамата родители, но в единична доза. Поради тази причина родителите практически са здрави. По време на оплождането на случаен принцип тези два дефекта се събират заедно в клетките на бъдещото дете и ефектът от тяхното комбиниране е проявата на определено наследствено метаболитно заболяване.

Метаболитните болести са редки. Една голяма част от тях се проявяват в детската възраст. Характерно за тях е, че децата се раждат на термин, с нормални тегло и ръст и в много случаи тяхното развитие през първите дни, седмици или месеци е напълно нормално. Болестта се проявява след известно време, тъй като е необходим различно дълъг период през който в организма да се натрупа това вещество, което поради дефекта не може да се разгражда. Заболяването може да се прояви с повръщане (особено по време на инфекция), увеличение на черния дроб и слезката, гърчове, проблеми с дишането, промяна в съзнанието.

Изключително важно е пациентът със сходни оплаквания да бъде насочен към специалист за търсене на причината и евентуално лечение. Точната диагноза дава възможност на лекаря да определи хода на развитие на болестта и нейната прогноза, степента на увреждане на детето - физически и психически.

Протичането на метаболитните болести е различно. Едни от тях се проявяват под формата на кризи с повръщане, при други първите симптоми са гърчове. Децата могат да имат забавено физическо развитие - лошо наддаване на тегло, късно сядане и прохождение. Забавено е и психическото развитие, наблюдават се промени в поведението.

Лечението на метаболитните болести е специфично и в много случаи е поддържащо, не води до пълно излекуване на детето. Генетичният дефект не може да бъде коригиран. Независимо от това поддържащото лечение трябва да се приложи навреме и адекватно на водещите симптоми. То цели да предотврати животозастрашаващи състояния и да осигури на детето възможно най-добро развитие.

Някои от метаболитните болести се лекуват със съответна диета. Прилагането ѝ трябва да става под строг лекарски контрол и само при поставена диагноза. Съществена част от лечебния план е провеждането на определена рехабилитационна програма, съобразена със състоянието на детето. При една голяма част от тези болести има 25% вероятност следващото дете в семейството да бъде болно от същото заболяване. Това налага тези семейства да се насочват към генетична консултация преди следваща бременност. Съществуват методи при някои метаболитни болести диагнозата да бъде поставена по време на бременността. За тази цел на семейство, в което вече има родено дете с метаболитна болест и тя е диагностицирана, се предлага **пренатална диагноза**. Тя не е възможна в случаите, когато липсва точната диагноза на болното дете. Изследват се кръв, урина или късче кожа от болното дете, в които се търсят определени нарушения.

В много случаи тези изследвания са продължителни, а понякога и те не позволяват да стигнем до основната причина на заболяването. Независимо от липсата на точна диагноза, децата с метаболитни заболявания трябва да се наблюдават периодично от специалист.

КП № 83 ЛЕЧЕНИЕ НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ

КП № 83.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

- E41 Алиментарен маразъм**
Тежко разстройство на храненето с маразъм
Не включва: квашиоркор при маразъм (E42)
- E43 Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено**
Оток от гладуване

Затлъстяване

Не включва: адипозогенитална дистрофия (E23.6)
липоматоза:
• БДУ (E88.2)
• болезнена [болест на Dercum] (E88.2)
синдром на Prader-Willi (Q87.1)

- E66.2 Екстремно затлъстяване с алвеоларна хиповентиляция**
Синдром на Pickwick

- E66.8 Други форми на затлъстяване**
Болестно затлъстяване
Метаболитен синдром

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

- E70.0 Класическа фенилкетонурия**
- E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии**
- E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина**
Алкаптонурия
Хипертирозинемия
Охроноза
Тироинемия
Тироиноза
- E70.3 Албинизъм**
Албинизъм:
• очен
• очно-кожен
Синдром на:
• Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
• Cross
• Hermansky-Pudlak
- E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини**
Разстройства на:
• обмяната на хистидина
• обмяната на триптофана

Други разстройства на обмяната на аминокиселините

Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)

разстройства на:

- обмяната на ароматните аминиокиселини (E70.—)
 - обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
 - обмяната на мастните киселини (E71.3)
 - обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)
- подагра (M10.—)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята

Аргининемия

Аргининосукцинова ацидурия

Цитролинемия

Хиперамониемия

Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

Други разстройства на обмяната на въглехидратите

Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген

Сърдечна гликогеноза

Болест на:

- Andersen
- Cori
- Forbes
- Hers
- McArdle
- Pompe
- Tauri
- Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата

Недоимък на галактокиназа

Галактоземия

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I

Синдроми на:

- Hurler
- Hurler-Scheie
- Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II

Синдром на Hunter

E76.2 Други мукополизахаридози

Недоимък на β -глюкуронидаза

Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII

Синдром на:

- Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
- Morquio(-подобен)(класически)
- Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии

Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

E78.0 Чиста хиперхолестеролемия

	<p>Фамилна хиперхолестеролемия</p> <p>Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIa</p> <p>Хипербеталипопротеинемия</p> <p>Хиперлипидемия, група А</p> <p>Хиперлипопротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]</p>
E78.1	<p>Чиста хиперглицидемия</p> <p>Ендогенна хиперглицидемия</p> <p>Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IV</p> <p>Хиперлипидемия, група В</p> <p>Хиперпребеталипопротеинемия</p> <p>Хиперлипопротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]</p>
E78.2	<p>Смесена хиперлипидемия</p> <p>Обширна или плаваща беталипопротеинемия</p> <p>Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III</p> <p>Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия</p> <p>Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицидемия</p> <p>Хиперлипидемия, група С</p> <p>Туберо-еруптивна ксантома</p> <p>Xanthoma tuberosum</p> <p>Не включва: церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)</p>
E78.3	<p>Хиперхиломикронемия</p> <p>Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип I или V</p> <p>Хиперлипидемия, група D</p> <p>Смесена хиперглицидемия</p>
E78.4	Други хиперлипидемии
E78.6	<p>Недоимък на липопротеини</p> <p>Абеталипопротеинемия</p> <p>Недоимък на липопротеини с висока плътност</p> <p>Хипоалфалипопротеинемия</p> <p>Хипобеталипопротеинемия (фамилна)</p> <p>Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза</p> <p>Танжерска болест</p>
E78.8	Други разстройства на обмяната на липопротеините

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Компютърна томография на мозък	
	<p>Компютърна томография на глава БДУ</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография:</p> <ul style="list-style-type: none"> • при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (57001, 57007 [1957]) • и корем (57001-01, 57007-01 [1957]) • лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956]) • средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955]) • орбита (56013-02, 56013-03 [1954]) • питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])
56001-00	Компютърна томография на мозък
56007-00	<p>Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя</p> <p>Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст</p>

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])

такава на:

- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Ултразвук на глава и шия

Включва задължително:

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])

такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

и

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Дуплекс ултразвук на черепни, каротидни или гръбначни съдове

Включва: В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава при мапиране на кондюит (55294 [1948])

55274-00 Дуплекс ултразвук на екстракраниални, каротидни и вертебрални съдове

Включва: дуплекс ултразвук при:

- безименни съдове
 - субклавни съдове
- окулоплетизмография
периорбитално Доплерово изследване

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

1940 Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
• аорта
• илиачни съдове
• вена кава инфериор
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

1932 Изследвания на урината

Включва някои от следните:

- 91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
- 91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
- 91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
- 91920-06 Изследване на рН на урина
- 91920-07 Изследване за кетотела в урината
- 91920-08 Изследване на захар в уринна проба
- 91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
- 91920-13 Изследване за амилаза в урината
- 91920-14 Изследване за белтък в урината
- 91920-16 Изследване за билирубин в урината
- 91226-03 Изследване за свободен кортизол в урина за органични киселини

1863 Други неоперативни измервания и изследвания

12533-00 Въглеродно маркирана урея дихателен тест
Включва: измерване на издишан $^{13}\text{CO}_2$ или $^{14}\text{CO}_2$
с използване на перорален ^{13}C или ^{14}C урея

92207-00 Изследване на основна обмяна

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва някои от следните:

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

или

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

и

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

и

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

и

91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

и

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

и

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

и

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

и

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

или

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

и

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

и

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

или

91225-00 Изследване на Инсулин (IRI)

и

91225-01 Изследване на С- пептид

и

91225-02 Изследване на кортизолов ритъм

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)

- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:

- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

Трансфузия на:

- кръвни заместители
- гранулоцити

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност “Ендокринология и болести на обмяната”, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт “Ендокринология и болести на обмяната”

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

1. 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 ендокринология и болести на обмяната
2. Клинична лаборатория II или III ниво, с възможности и за хормонални изследвания
3. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за ехография на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Лаборатория по микробиология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и лечение на лица с диагностицирани метаболитни нарушения и в състояние на:
 - 1.1. метаболитна криза;
 - 1.2. коматозно състояние;
 - 1.3. гърчов синдром;

2. Диагностично уточняване, лечение и определяне на последващо терапевтично поведение при:

- Апнея синдром при високостепенно затлъстяване.
- Декомпенсиран Пиквик синдром (с хипоксемия и/или хиперкапния).
- Хипоалбуминемия(серумен албумин под 35 г/л) при малнутриция.
- Тежък анемичен синдром при малнутриция.
- Хипокалиемия при малнутриция.
- Тежка малнутриция:
 - индекс на телесна маса (BMI) под 19 кг/кв.м.

3. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на:

- пациенти със затлъстяване, с индекс на телесна маса над 33 кг/кв.м; усложнено със сърдечно-съдови, дихателни и/или метаболитно - ендокринни нарушения;

- пациенти с хронична малнутриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостомата, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система (индекс на телесна маса - BMI под 19 кг/м², загуба на тегло над 5 % в последните 1 - 3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25 % и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л)
- пациенти с наследствени метаболитни заболявания за корекция на терапията и лечение на възникнали усложнения

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КАТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследвания, ехография и/или биопсия на парашитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клинично – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

2.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНАТА МАЛНУТРИЦИЯ

Коригирането на изразените хранителни дефицити при малнутриция се провежда в болнични условия с адекватно лечебно хранене, при стабилизирани жизнени функции и хемодинамични показатели, извън остри стресови състояния. Контраиндикации за лечебно (ентерално или парентерално) хранене са шок, хиперлактатемия (серумен лактат над 3-4 ммол/л), хипоксемия (рО₂ под 50 ммHg), хиперкапния /рСО₂ над 80 ммHg), тежка ацидоза (рН под 7,2).

При липса на противопоказания от страна на гастро-интестиналния тракт се предпочита ентералното хранене – през устата, с индивидуализиран адекватен хиперенергиен диетичен режим или при съответни индикации - ентерално сондово или стомно хранене, в комбинация с парентерално хранене.

Парентералното хранене се провежда чрез периферен венозен достъп, под форма на инфузии, като периферният осмоларитет на инфузионните разтвори не бива да надвишава 800-900 мОсм/л. Централният венозен достъп изисква специални катетри и техника, като разтворите за парентерално хранене следва да се дават отделно от медикаментозните разтвори през “собствен” лумен. В случаите на по-продължително парентерално хранене се препоръчват венозните инфузии през централен достъп. За парентерално хранене се ползват готови парентерални формули с балансиран състав, вкл. и глутаминов дипептид за имунонутриция. Когато състоянието на болния налага лечебното хранене да се започне само с парентерални инфузии, след това максимално бързо трябва да се премине към ентерално хранене, при което най-подходящи за ползване са готови стандартизирани ентерални хранителни смеси.

Лечебното хранене (парентерално и ентерално) се провежда индивидуализирано, като дневният хранителен внос се съобразява със съвременните препоръки на Европейското дружество по парентерално и ентерално хранене (ESPEN) за количествените и качествени

съотношения на основните нутриенти и на допълнителните хранителни вещества при състояние на хронична малнутриция, с оглед съответните нарушения в хранителния статус.

Основни хранителни субстрати

Макронутриенти	Дневни нужди	% от дневните енергийни нужди	Вид и състав на лечебното хранене	
			парентерално	ентерално
Белтъчини	0,6 – 1,5 г/кг максимум 2 г/кг	15 – 20	аминокиселини, дипептиди	протеин, полипептиди, олигопептиди, рядко свободни аминокиселини
Въглехидрати	3 – 5 г/кг	40 – 60	глюкоза	полизахариди, дизахариди, и рядко монозахариди
Мазнини	0,8 – 1,5 г/кг максимум 1,8 г/кг	30 – 50	триглицериди (дълго-, средноверижни, структурирани)	триглицериди (късо-, средно-, дълговерижни)

Базални нужди от течности и електролити, витамини, олигоелементи:

Вода - 20 – 40 мл/кг

Натрий - 0,5 – 1,5 ммол/кг

Калий – 0,3 – 1,0 ммол/кг

Калций – 0,3 – 0,5 ммол/кг

Фосфор – 0,7 – 1,0 ммол/кг

Магнезий – 0,1 – 0,3 ммол/кг

При много от пациентите при парентерално хранене се налага добавка на електролитни смеси или разтвори за коригиране на изразени дефицити. При ентерално хранене с готови ентерални формули дневните потребности обикновено се покриват с количество от 1 500 мл.

С готови налични търговски препарати за парентерално хранене се осигуряват стандартни дневни нужди от витамини и микроелементи, като при съответни показания този внос може да се повиши. Готовите ентерални хранителни разтвори осигуряват стандартните дневни нужди от макронутриенти. Вносът на последните също подлежи на корекция, ако са налице съответни индикации.

Водните нужди се повишават при фебрилитет (с 12,5% за всеки градус), изпотяване (с 10-25%), хипервентилация (с 10-60%), при загуба на течности през сонда, дренажи, диуреза. Установеният воден дефицит следва да се коригира.

Енергийните нужди при пациенти със задоволителна физическа активност са 25 – 30 ккал/кг и при имобилизирани пациенти - 20-25 ккал/кг. При пациенти с екстремна кахексия (ИТМ под 16 кг/м²) и след продължително гладуване, е необходим постепенен хранителен внос с 50% от изчислените нужди. При хиперенергийно хранене и повишени енергийни нужди хранителният внос се повишава до 40 – 50 ккал/кг телесна маса.

По време на болничното лечебно хранене – ентерално и парентерално, както и при дехоспитализация, се прави етапна оценка на хранителния статус и тежестта на заболяването съобразени с европейските стандарти на ESPEN, при което се определя по-нататъшното терапевтично поведение, риск и прогноза на пациента.

2.2 ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ УСЛОЖНЕНО БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ

Лечението е комплексно и се осъществява в болнични условия при: високостепенно затлъстяване, в съчетание с изразен кардиоваскуларен риск, метаболитни нарушения, стерилитет, необходимост от срочна телесна редукция и при рефрактерни на амбулаторно лечение болни. Терапевтичната близка цел е редукция на наднормената телесна маса с 5 до 10% и намаляване на степента на сърдечно-съдовия и метаболитен риск.

Лечебната програма включва:

Базисната терапия е диетолечение с умерен балансиран нискоенергиен диетичен режим при среднодневна енергийност от 1400 ккал, мазнини до 30 енергийни %, въглехидрати, представени предимно от полизахариди до 55 енергийни % и белтъчини до 15 енергийни %, намалено съдържание на сол, увеличен внос на баластни вещества до 40 г на 1000 ккал и течности (минерална вода, билков чай, плодово-зеленчуков сок) 1,5 л и не по-малко от 1 л. При индивидуална преценка и недостатъчна телесна редукция може да се приложи многонискоенергиен балансиран диетичен режим от 600 до 800 ккал дневно за период от 7 до 10-14 дни, при който е необходим сърдечно-съдов и метаболитен контрол и активно клинично наблюдение, както и витаминна и минерална добавка. Този диетичен режим следва да се прекрати при поява на нежелани странични ефекти, кетоацидоза, ритъмни или проводни нарушения на сърдечната дейност, хипертонична реакция и нисък комплайънс от страна на пациента.

Индивидуализирана физиотерапия, (активна и пасивна) лечебна физкултура и рехабилитационна програма за осъществяване на телесна редукция, повишена физическа активност и енергоразход. По време на провежданата физиотерапия е необходим чест клинично-лабораторен и сърдечно-съдов контрол, особено при ексцесивно затлъстяване, намален физически капацитет и нетренирани пациенти.

Медикаментозно лечение – като антиобезни средства се прилагат централно действащи апетитопотискащи медикаменти при съответни индикации и клинично наблюдение. При наличие на артериална хипертония са подходящи АСЕ-инхибитори, диуретици, калциеви антагонисти, при дислиппротеинемия – статини и/или фибрати, при ИБС – АСЕ-инхибитори, нитрати, калциеви антагонисти, антиагреганти, при нарушен глюкозен толеранс, хиперинсулинемия и диабет тип 2 – метформин, акарбоза, СУП, при хиперурицемия и подагра – хипоурицемични медикаменти (при серумна пикочна киселина над 500 мкмол/л) - урикоинхибитор, урикоелиминатор, при ставно-болков синдром – аналгетици, нестероидни противовъзпалителни средства и др. При изразена сърдечно-съдова и дихателна недостатъчност – интермитентно кислородолечение, бронходилататори, при индикации дихателни аналептици, муколитици, АСЕ-инхибитори, нитрати, диуретици, кардиотоници, при съответни индикации - противовъзпалителни и противоифекциозни средства.

Промяна в хранителното поведение – провеждане на поведенческа терапия, индивидуално и групово обучение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011 г.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя според анамнестичните данни, клиничната картина, биохимичните, инструментални, функционални и образни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- установена диагноза;
- назначена терапевтична схема и хигиенно-диетичния режим;
- стабилизиране на жизнените показатели на пациента;
- задоволително общо състояние.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализация:

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на:

- пациенти със затлъстяване, с индекс на телесна маса над 33 кг/кв.м; усложнено със сърдечно-съдови, дихателни и/или метаболитно - ендокринни нарушения;
- пациенти с хронична малнутриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система (индекс на телесна маса - BMI под 19 кг/м², загуба на тегло над 5 % в последните 1 - 3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25 % и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л);
- пациенти с наследствени метаболитни заболявания за корекция на терапията и лечение на възникнали усложнения.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Недохранване (малнутриция) има тогава, когато за известен период от време нуждите на организма от енергия и градивни материали не са били покривани от приеманата храна. По-старите класификации определят два вида недохранване:

- **тип Маразъм**, при който има недостиг на всички хранителни елементи (енергийни и белтъчни) в почти еднаква степен, и
- **тип Квашиоркор**, при който има недостиг на протеини.

Според съвременните схващания във всички случаи на недохранване има недостиг и на двата компонента – енергия и протеини, т. е. не може да съществува недостиг само на протеини или само на енергия. По тази причина е по-точно да се говори за протеинно-енергийно недохранване (ПЕН) с преобладаване на единия от компонентите.

Причините за развитие на недохранване са много. Най-общо могат да се обединят в няколко групи:

- намален апетит;
- нарушено усвояване на храната – храносмилане или резорбция;
- големи загуби – рани, фистули на храносмилателния тракт, нарушени кожни повърхности и др;
- нарушени (забавени) анаболни процеси и синтез на протеини;
- засилен катаболизъм.

Когато говорим за протеинно-енергийно недохранване трябва задължително да правим разлика между обикновено гладуване и недохранването в условия на стрес.

Обикновено гладуване

Представлява частично или пълно прекратяване вноса на хранителни енергийни източници без да има някаква причина, която да повишава обичайните разходи на енергия и градивни елементи. Човешкият организъм е устроен да понася добре дълго гладуване, като използва своите резерви от мазнина и белтъци и в същото време пуска в ход механизми, които намаляват разхода на енергия и запазват телесните протеини.

МЕТАБОЛИТНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПЪЛНО ГЛАДУВАНЕ

• *Засилено отделяне на Катехоламини (КА) и Глюкагон, намалено отделяне на Инсулин през първите 48 – 72 часа – това води до засилена гликогенолиза и липолиза;*

• *Разход на енергия* (енергиен разход в покой) – нараства до 48-ми час, след което започва да намалява и към 5-ти до 7-ми ден спада под изходното ниво.

• *Доставка на Глюкоза*

Гликогенолиза през първите 24 часа (изчерпват се депата)

Глюконеогенеза (ГНГ) от аминокиселинни прекурсори. В началото ГНГ е много интензивна, като може да достигне до разграждането на 75 g белтъци (~300 g мускулна тъкан на ден). Около 5-тия ден настъпва адаптация на клетките в ЦНС към използване на кетони като основен източник на енергия, което води до намаляване на ГНГ с около 2/3.

От глицерол, получен при липолизата.

От Лактат – цикъл на Кори.

По-нататък следва постепенно донастройване на организма към използване на кетотелата като основен източник на енергия и допълнително намаляване на разходите. Същите процеси настъпват и при частично гладуване.

ОСНОВНИ ЖИЗНЕНИ СИСТЕМИ

Ментални функции

Нарушават се от недостиг на Thiamine (B1), B12, Ca, Mg, PO₄. Проучванията на Keys, Brozek и др. върху здрави доброволци и на Hill при клинични пациенти категорично са доказали, че недोхранването води до развитие на раздразнителност и депресия, които преминават при възстановяване на храненето.

Сърдечно-съдова и бъбречна функции

Тежкото недохранване и намаляването на телесното тегло водят до пропорционално намаляване обема на сърцето (размера), като ~40% от него се дължи на загубата на миокардна тъкан, а останалата част е за сметка на намален обем на сърдечните кухини. Загубата на миокардна маса води до намаляване на МОС, брадикардия и хипотензия. Получава се периферна циркулаторна недостатъчност, която може да причини намаляване на бъбречния кръвоток и гломерулната филтрация. Недостигът на вит. B6 задълбочава сърдечната недостатъчност, а електролитните нарушения са предпоставка за развитието на ритъмни нарушения.

Дихателна система

Намаляването на мускулната маса с ~20% нарушава структурата и работата на дихателната мускулатура (междуребрена и диафрагма). Състоянието на тежко недохранване отслабва дихателния отговор към хипоксия и хиперкапния.

Настъпват дегенеративни промени и в белодробните тъкани. Всичко това в съчетание с намаления имунитет и нарушената дренажна функция на ресничестия епител повишава силно риска от застойни пневмонии. При пациентите на ИБВ отвикването от апарат е много затруднено.

Храносмилателна система

Присъствието на храна в чревния лумен стимулира растежа и подмяната на ентероцитите и колоноцитите. При дълго гладуване и ТПХ клетките на чревната лигавица атрофират, намалява размера на чревните вили и дълбочината на криптите. Това влошава усвояването на липиди, дизахариди и глюкоза. Намалената стомашна, панкреатична и жлъчна секреция, както и промените в чревната флора, задълбочават допълнително малабсорбцията. Всички тези промени нарушават бариерната функция на чревната лигавица и създават условия за преминаване на бактерии и токсини към кръвта. Това се получава в много по-голяма степен при пациентите в критични състояния. Бактериалната транслокация е основен фактор при развитието и поддържането на системното възпаление.

Терморегулация

Тежкото недохранване и загубата на тегло нарушават адаптацията към ниски температури, като отслабват термогенезата и периферната вазоконстрикция. Това води до много по-лесно настъпване на хипотермия при пациенти с недохранване.

Имунна система

Подтиска се клетъчният имунитет и намалява възможностите за съпротива срещу инфекции. Намалява общия брой на лимфоцитите, най-вече за сметка на Т клетъчната линия. Развива се и атрофия на тимуса. Нарушенията в системата на

комплемента водят до отслабване на фагоцитозата, хемотаксиса и директната бактериална клетъчна деструкция. Зарастването на раните е много забавено.

Стратегия на хранителната поддръжка

- Пациентите с ПЕН, на които предстои планова хирургия се нуждаят от хранителна поддръжка в продължение на 2 – 3 седмици. Проведеното клинично дохранване ще помогне за възстановяване на дефицита от витамини, минерали и в малка степен за увеличаване на теглото. Това обаче е достатъчно за подобряване функциите на организма и намаляване риска от усложнения.

- Пациентите с ПЕН, които са претърпели спешна хирургия, трябва да получат хранителна поддръжка възможно най-бързо в следоперативния период.

- Пациентите с ПЕН в критично състояние трябва задължително да получават хранителна поддръжка наред с лечението на основния проблем.

- Пациентите без ПЕН, при които се очаква да не могат да приемат храна за повече от 7 дни поради заболявания или в следоперативния период, трябва също да получат хранителна поддръжка.

- Пациенти, които претърпяват многократни операции трябва да получават непрекъсната хранителна поддръжка.

- На пациентите с ПЕН, на които се налагат многократни спешни операции заради неразрешени коремни инфекции, фистули и др. трябва да бъде осигурен период на захранване, съчетан с по-висока физическа активност. По този начин в продължение

на няколко месеца се натрупва мускулна маса и се подобрява хранителното състояние. Това е важно условие за успеха на окончателната операция.

- Ако оперативната намеса не може да се отложи, нейният размер и радикалност трябва да бъдат съобразени с възможностите на организма да понесе метаболитното натоварване, предизвикано от оперативната травма.

Затлъстяването представлява състояние на прекомерно натрупване на мастна тъкан в организма. В зависимост от степента на това натрупване, състоянието се класифицира като наднормено тегло, или като затлъстяване, представляващи различни степени на здравен риск. За целите на практиката, оценката на телесното тегло, се прави най-често посредством индекса на телесната маса – ИТМ (наричан също индекс на Quetelet). Същият се изчислява по формулата:

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесно тегло (kg)}}{(\text{Ръст в m})^2} = \text{(kg/m}^2\text{)}$$

Класификация	ИТМ (kg/m ²) Риск от съпътстващи заболявания
Поднормено тегло	<18.5 Нисък (съществува увеличен риск от други клинични проблеми)
Нормално тегло	18.5 – 24.9 Нисък
Наднормено тегло	25.0 – 29.9 Увеличен
Затлъстяване I степен	30.0 – 34.9 Умерено висок
Затлъстяване II степен	35.0 – 39.9 Висок
Затлъстяване III степен	40.0 Много висок

Затлъстяването е резултат от нарушено равновесие между енергийния внос чрез храната и енергоразхода на индивида. Честа причина за това състояние е свръх-храненето, т.е. прием на повече от необходимата за основната обмяна и за двигателната активност енергия.

Свръхконсумацията на енергийна храна може да се дължи на психологически, наследствени и хормонални фактори. Известен е фактът, че индивиди с наследствена обремененост са предразположени в по-висока степен към затлъстяване. Дори лекото повишаване на телесното тегло увеличава заболяемостта и смъртността от метаболитни (свързани с обмяната на веществата) нарушения.

Затлъстяването е на второ място след тютюнопушенето като причина за преждевременна смърт. Доказана е връзката между затлъстяването и ред заболявания:

сърдечно-съдови, неинсулин зависим захарен диабет (тип 2), злокачествени заболявания (рак), респираторни (дихателни) проблеми, скелетно-мускулни болести, психосоциални проблеми.

В България, процентът на жените със затлъстяване е приблизително 35%, на мъжете – 25%, на децата и юношите – 10-12%. Високо степенното затлъстяване е два пъти по-често сред жените, в сравнение с мъжете.

Най-добрият подход в лечението на затлъстяването, е комплексният, т.е. този, който повлиява и двете страни на енергийното равновесие – понижаване приема и увеличаване разхода на енергия. Така комплексните програми за профилактика и лечение на този здравен проблем включват промяна в начина на живот с няколко основни елементи:

Диетични режими – рестриктивно-енергийните диетични режими са в основата на повечето програми за лечение на затлъстяването.

Двигателна активност – предотвратява адаптивното понижаване на основната обмяна, в отговор на ограничения енергиен прием.

Промяна в хранителните навици – правилен режим на хранене; избягване на пикантните подправки и солта; достатъчно питейна вода и течности; ниска консумация на мазнини, алкохол и прости захари; маломерни порции.

Метаболитни заболявания: пациентите постъпват в клиниката за лечение, когато са в декомпенсирано състояние. Целта е възстановяване на жизнените показатели, преодоляване на коматозното състояние, изчистване на организма от натрупания токсичен субстрат и стабилизиране на обменните процеси. Разясняване на пациентите за допуснатите пропуски в диетичното и медикаментозното лечение с цел предотвратяване на понататъшни метаболитни кризи.

КП № 83 ЛЕЧЕНИЕ НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ

КП № 83.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

А. ПРИ ДЕЦА

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

- E41 Алиментарен маразъм**
Тежко разстройство на храненето с маразъм
Не включва: квашиоркор при маразъм (E42)
- E43 Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено**
Оток от гладуване

Затлъстяване

Не включва: адипозогенитална дистрофия (E23.6)
липоматоза:
• БДУ (E88.2)
• болезнена [болест на Dercum] (E88.2)
синдром на Prader-Willi (Q87.1)

Други анемии, свързани с храненето

Включва: мегалобластна анемия, неподдаваща се на лечение с витамин B₁₂
или фолати

- D53.0 Анемия, причинена от белтъчен недоимък**
Анемия от недоимък на аминокиселини
Оротацидурейна анемия
Не включва: Синдром на Lesch-Nyhan (E79.1)
- E66.2 Екстремно затлъстяване с алвеоларна хиповентилация**
Синдром на Pickwick
- E66.8 Други форми на затлъстяване**
Болезнено затлъстяване
Метаболитен синдром

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

- E70.0 Класическа фенилкетонурия**
- E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии**
- E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина**
Алкаптонурия
Хипертирозинемия
Охроноза
Тирозинемия
Тирозиноза
- E70.3 Албинизъм**
Албинизъм:
• очен

- очно-кожен
- Синдром на:
- Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
- Cross
- Hermansky-Pudlak

E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

Разстройства на:

- обмяната на хистидина
- обмяната на триптофана

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

E71.0 Болест на “урина като кленов сироп”

E71.1 Други разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига

Хиперлевцин-изолевцинемия
Хипервалинемия
Изовалерианова ацидемия
Метилмалонова ацидемия
Пропионова ацидемия

E71.2 Разстройство на обмяната на аминокиселините с разклонена верига, неуточнено

E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини

Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Митохондриални и пероксизомни болести

Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Други разстройства на обмяната на аминокиселините

Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:
• обмяната на ароматните аминокиселини (E70.—)
• обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
• обмяната на мастните киселини (E71.3)
• обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)
подагра (M10.—)

E72.0 Разстройства на транспортирането на аминокиселини

Цистиноза
Цистинурия
Синдром на Fanconi(-de Toni)(-Debre)
Болест на Hartnup
Синдром на Lowe

Не включва: разстройства на обмяната на триптофана (E70.8)

E72.1 Разстройства на обмяната на сярна-съдържащите аминокиселини

Цистатионинурия
Хомоцистинурия
Метионинемия
Дефицит на сулфитоксидаза
Не включва: дефицит на транскобаламин II (D51.2)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята

Аргининемия
Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия

Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

- E72.3 Разстройства на обмяната на лизина и хидроксилизина**
Глутарова ацидурия
Хидроксилизинемия
Хиперлизинемия
- E72.4 Разстройства на обмяната на орнитина**
Орнитинемия (тип I, II)
- E72.5 Разстройства на обмяната на глицина**
Хиперхидроксипролинемия
Хиперпролинемия (тип I, II)
Некетонова хиперглицинемия
Саркозинемия
- E72.8 Други уточнени разстройства на обмяната на аминокиселините**
Разстройства:
• на обмяната на β -аминокиселините
• в γ -глутамиловия цикъл

Непоносимост към лактоза

- E73.0 Вроден недоимък на лактаза**
- E73.1 Вторичен недоимък на лактаза**
- E73.8 Други видове непоносимост към лактоза**

Други разстройства на обмяната на въглехидратите

Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

- E74.0 Болест на натрупването на гликоген**
Сърдечна гликогеноза
Болест на:
• Andersen
• Cori
• Forbes
• Hers
• McArdle
• Pompe
• Tauri
• Von Gierke
Недоимък на чернодробна фосфорилаза
- E74.1 Разстройства на обмяната на фруктозата**
Есенциална фруктозурия
Недоимък на фруктозо-1,6-дифосфатаза
Наследствена непоносимост към фруктоза
- E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата**
Недоимък на галактокиназа
Галактоземия
- E74.4 Разстройства на обмяната на пирувата и глюконеогенезата**
Недоимък на:
• фосфоенолпируват карбоксикиназа
• пируват:
• карбоксилаза
• дехидрогеназа

Не включва: с анемия (D55.—)

E74.8 Други уточнени разстройства на обмяната на въглехидратите

Есенциална пентозурия

Оксалоза

Оксалурия

Ренална глюкозурия

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

E75.0 Ганглиозидоза GM₂

Болест на:

- Sandhoff
- Tay-Sachs

GM₂ ганглиозидоза:

- БДУ
- при възрастни
- ювенилна

E75.1 Други ганглиозидози

Ганглиозидоза:

- БДУ
- GM₁
- GM₃

Муколипидоза IV

E75.2 Други сфинголипидози

Болест на:

- Fabry(-Anderson)
- Gaucher
- Krabbe
- Niemann-Pick

Синдром на Farber

Метахроматична левкодистрофия

Недоимък на сулфатаза

Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.3 Сфинголипидоза, неуточнена

E75.4 Липофусциноза на невроните

Болест на:

- Batten
- Bielschowsky-Jansky
- Kufs
- Spielmeyer-Vogt

E75.5 Други разстройства на натрупването на липиди

Церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein]

Болест на Wolman

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I

Синдроми на:

- Hurler
- Hurler-Scheie
- Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II

Синдром на Hunter

E76.2 Други мукополизахаридози

Недоимък на β -глюкуронидаза
Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII
Синдром на:
• Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
• Morquio(-подобен)(класически)
• Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глицероаминоглицераните

Разстройства на обмяната на глицеропротеините

E77.0 Дефекти в посттранслационната модификация на лизозомните ензими
Муколипидоза II [I-клетъчна болест]
Муколипидоза III [псевдо- Hurler полидистрофия]

E77.1 Дефекти в разграждането на глицеропротеините
Аспартилглицероаминурия
Фукозидоза
Маннозидоза
Сиалидоза [муколипидоза I]

E77.8 Други разстройства на обмяната на глицеропротеините

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии

Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

E78.0 Чиста хиперхолестеролемия
Фамилна хиперхолестеролемия
Хиперлипидопропротеинемия на Fredrickson, тип IIa
Хипербеталипопротеинемия
Хиперлипидемия, група A
Хиперлипидопропротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]

E78.1 Чиста хиперглицеридемия
Ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипидопропротеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група B
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипидопропротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]

E78.2 Смесена хиперлипидемия
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипидопропротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипидемия, група C
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum

Не включва: церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)

E78.3 Хиперхиломикронемия
Хиперлипидопропротеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицеридемия

E78.4 Други хиперлипидемии

E78.6 Недоимък на липопротеини
Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия
Хипобеталипопротеинемия (фамилна)
Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза

Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините

E79.1 Синдром на Lesch-Nyhan

E79.8 Други разстройства на обмяната на пурина и пиримидина
Наследствена ксантинурия

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии
Наследствена копропорфирия
Порфирия:
• БДУ
• остра интермитентна (чернодробна)
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта
Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.2 Разстройства на обмяната на цинка
Ентеропатен акродерматит

E83.4 Разстройства на обмяната на магнезия
Хипермагнеземия
Хипомагнеземия

Други разстройства във водно-електролитния и алкално-киселинния баланс

E87.0 Хиперосмоларитет хипернатриемия
Излишък на натрий [Na]
Претоварване с натрий [Na]

E87.8 Други разстройства във водно-солевото равновесие, неклассифицирани другаде
Разстройство на електролитния баланс БДУ
Хиперхлоремия
Хипохлоремия

Други разстройства на обмяната на веществата

Не включва: хистиоцитоза X (хронична) (D76.0)
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало разстройство на обмяната на веществата, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E88.1 Липодистрофия, неклассифицирана другаде
Липодистрофия БДУ
Не включва: болест на Whipple (K90.8)

E88.2 Липоматоза, некласифицирана другаде

Липоматоза:

- БДУ
- болезнена [Dercum]

E88.8 Други уточнени разстройства на обмяната на веществата

Аденолипоматоза на Launois-Bensaude

Триметиламинурия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****Компютърна томография на мозък**

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст**Рентгенография на глава или шия***Не включва:* на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум*Не включва:* цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])

такава на:

- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз57715-00 Рентгенография на таз
Радиография на тазов вход

<i>Не включва:</i> радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])	
57712-00	Рентгенография на тазобедрена става <i>Не включва:</i> контрастна артрография (59751-00 [1985]) такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])
Радиография на долен крайник	
57518-00	Рентгенография на фемур Радиография на бедро <i>Не включва:</i> такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])
57518-01	Рентгенография на коляно <i>Не включва:</i> изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
57518-02	Рентгенография на подбедрица
1940 Ултразвук на глава и шия	
Включва задължително:	
55028-00	Ултразвук на глава Ехоенцефалогграфия <i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
и	
55032-00	Ултразвук на шия <i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])
Ултразвук на сърце	
Ехокардиография	
<i>Включва:</i> 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
55036-00	Ултразвук на корем <i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове	
<i>Включва:</i> В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ	
<i>Не включва:</i> такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])	
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени <i>Не включва:</i> при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплексе ултразвук на:

- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инфериор

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

1932 Изследвания на урината

Включва някои от следните:

- 91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
- 91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
- 91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
- 91920-06 Изследване на рН на урина
- 91920-07 Изследване за кетотела в урината
- 91920-08 Изследване на захар в уринна проба
- 91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
- 91920-13 Изследване за амилаза в урината
- 91920-14 Изследване за белтък в урината
- 91920-16 Изследване за билирубин в урината
- 91226-03 Изследване за свободен кортизол в урина за органични киселини

1863 други неоперативни измервания и изследвания

12533-00 Въглеродно маркирана урея дихателен тест

Включва: измерване на издишан $^{13}\text{CO}_2$ или $^{14}\text{CO}_2$
с използване на перорален ^{13}C или ^{14}C урея

92207-00 Изследване на основна обмяна

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва някои от следните:

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

или

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

и

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

и

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

и

91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

и

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

и	
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
и	
91910-22	Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
и	
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
или	
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
и	
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
и	
91910-38	Клинично-химични изследвания за хлориди
или	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
и	
91225-00	Изследване на Инсулин (IRI)
и	
91225-02	Изследване на кортизолов ритъм
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот	
96067-00	Хранителни/диетични консултации или образование <i>Не включва:</i> превантивна консултация или обучение (96066-00 [1867])
Приложение на фармакотерапия	
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741]) <i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити

	<ul style="list-style-type: none"> • опаковани клетки • червени кръвни клетки
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължително една посочена в блок 1923 и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Само за диагноза с код **E66.8** се допуска прилагане и отчитане на две основни диагностични и една основна терапевтична процедура.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската "Детска ендокринология", осъществявана на трето ниво на компетентност съгласно медицински стандарт "Педиатрия", в обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

1. 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 детска ендокринология или Клиника/отделение по педиатрия III ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

2. 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. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност детска ендокринология и болести на обмяната – притежаващ квалификация по ехография на щитовидна жлеза
или
- отделение/клиника по педиатрия III ниво - четирима лекари с призната специалност по педиатрия и наличие в лечебното заведение на специалист по ендокринология или детска ендокринология с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.
- лекар със специалност по образна диагностика

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Спешно лечение на лица с диагностицирани метаболитни нарушения и в състояние на:
 - 1.1. метаболитна криза;
 - 1.2. коматозно състояние;
 - 1.3. гърчов синдром;
2. Диагностично уточняване, лечение и определяне на последващо терапевтично поведение при:
 - Хипоалбуминемия(серумен албумин под 35 г/л) при малнутриция.
 - Тежък анемичен синдром при малнутриция.
 - Хипокалиемия при малнутриция.
 - Тежка малнутриция:
 - тегло 30% под съответното за възрастта.
 - пациенти до 18 години със затлъстяване и свръхтегло с индекс на телесна маса (BMI) над 95 персентил или под 19, усложнено със сърдечно-съдови, дихателни и/или метаболитно - ендокринни нарушения
 - пациенти с хронична малнутриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система (индекс на телесна маса - BMI под 19 kg/m², загуба на тегло над 5 % в последните 1 - 3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25 % и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л)
 - пациенти с наследствени метаболитни заболявания за корекция на терапията и лечение на възникнали усложнения

2. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследвания, ехография и/или биопсия на парашитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клинично – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

2.1 ЛЕЧЕНИЕ НА МАЛНУТРИЦИЯ

Лечението на първичните форми на белтъчно-енергийната малнютриция (БЕМ) е диетично, а на вторичните едновременно се провежда лечение на основното заболяване след неговото уточняване.

В началото на лечението е показано частично парентерално хранене, биопродукти (цялостна кръв, плазма, хуман-албумин).

Диетолечението се провежда в два етапа:

Първи етап – определяне на толеранса към храна. Започва се с минимално количество – около 50% от нормата за възрастта и след стабилизиране на тегловната крива количеството храна постепенно се увеличава. Единствената храна е мляко – кърма, хидролизирано, соево или нисколактозно.

Втори етап - усилено белтъчно хранене. Постепенно се увеличава вноса на енергия и белтъци. Обемът на храната се увеличава постепенно до препоръчания за възрастта, а белтъците до 2,5 – 3,5 г/кг тегло/24ч. Едва след това се въвеждат останалите храни, подходящи за възрастта. При необходимост за постигане на оптимален енергиен внос е допустимо подсладжане на храните с 3% повече от препоръчаното (за кърмачета и малки деца).

При по-големи деца могат да се използват готови стандартизирани ентeрални хранителни смеси.

Допълнително се внасят микрогранулирани панкреасни препарати, поливитамины, микроелементи, железни препарати.

2.2 ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ УСЛОЖНЕНО БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ

Лечение на затлъстяване с хиперинсулинизъм

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.
3. Медикаментозно лечение с метформин – при индикации.

Лечение на затлъстяване с нарушен глюкозен толеранс

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен план.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.
3. Медикаментозно лечение с метформин – при индикации.

Лечение на затлъстяване с артериална хипертония

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим с редукция на натриевия хлорид.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.

3. Медикаментозно лечение с антихипертензивни средства.

Лечение на затлъстяване с хиперлипидемия

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011 г.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя според анамнестичните данни, клиничната картина, биохимичните, инструментални, функционални и образни изследвания.

4.ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- уточнена диагноза;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги в обхвата на допълнителния пакет по време на хоспитализация:

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на:

- пациенти до 18 години със затлъстяване и свръхтегло с индекс на телесна маса /BMI/ над 95 персентил или под 19, усложнено със сърдечно-съдови, дихателни и/или метаболитно - ендокринни нарушения;
- пациенти с хронична малнутриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система (индекс на телесна маса - BMI под 19 кг/м², загуба на тегло над 5 % в последните 1 - 3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25 % и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л);
- пациенти с наследствени метаболитни заболявания за корекция на терапията и лечение на възникнали усложнения.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Недохранване (малнутриция) има тогава, когато за известен период от време нуждите на организма от енергия и градивни материали не са били покривани от приеманата храна. По-старите класификации определят два вида недохранване:

- **тип Маразм**, при който има недостиг на всички хранителни елементи (енергийни и белтъчни) в почти еднаква степен, и
- **тип Квашиоркор**, при който има недостиг на протеини.

Според съвременните схващания във всички случаи на недохранване има недостиг и на двата компонента – енергия и протеини, т. е. не може да съществува недостиг само на протеини или само на енергия. По тази причина е по-точно да се говори за протеинно-енергийно недохранване (ПЕН) с преобладаване на единия от компонентите. Причините за развитие на недохранване са много. Най-общо могат да се обединят в няколко групи:

- намален апетит;
- нарушено усвояване на храната – храносмилане или резорбция;
- големи загуби – рани, фистули на храносмилателния тракт, нарушени кожни повърхности и др;
- нарушени (забавени) анаболни процеси и синтез на протеини;
- засилен катаболизъм.

Когато говорим за протеинно-енергийно недохранване трябва задължително да правим разлика между обикновено гладуване и недохранването в условия на стрес.

Обикновено гладуване

Представлява частично или пълно прекратяване вноса на хранителни енергийни източници без да има някаква причина, която да повишава обичайните разходи на енергия и градивни елементи. Човешкият организъм е устроен да понася добре дълго гладуване, като използва своите резерви от мазнина и белтъци и в същото време пуска в ход механизми, които намаляват разхода на енергия и запазват телесните протеини.

МЕТАБОЛИТНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПЪЛНО ГЛАДУВАНЕ

- *Засилено отделяне на Катехоламини (КА) и Глюкагон, намалено отделяне на Инсулин през първите 48 – 72 часа – това води до засилена гликогенолиза и липолиза;*
- *Разход на енергия* (енергиен разход в покой) – нараства до 48-ми час, след което започва да намалява и към 5-ти до 7-ми ден спада под изходното ниво.
- *Доставка на Глюкоза*

Гликогенолиза през първите 24 часа (изчерпват се депата)

Глюконеогенеза (ГНГ) от аминокиселинни прекурсори. В началото ГНГ е много интензивна, като може да достигне до разграждането на 75 g белтъци (~300 g мускулна тъкан на ден). Около 5-тия ден настъпва адаптация на клетките в ЦНС към използване на кетони като основен източник на енергия, което води до намаляване на ГНГ с около 2/3.

От глицерол, получен при липолизата.

От Лактат – цикъл на Кори.

По-нататък следва постепенно донастройване на организма към използване на кетотелата като основен източник на енергия и допълнително намаляване на разходите. Същите процеси настъпват и при частично гладуване.

ОСНОВНИ ЖИЗНЕНИ СИСТЕМИ

Ментални функции

Нарушават се от недостиг на Thiamine (B1), B12, Ca, Mg, PO₄. Проучванията на Keys, Brozek и др. върху здрави доброволци и на Hill при клинични пациенти категорично са доказали, че недोхранването води до развитие на раздразнителност и депресия, които преминават при възстановяване на храненето.

Сърдечно-съдова и бъбречна функции

Тежкото недохранване и намаляването на телесното тегло водят до пропорционално намаляване обема на сърцето (размера), като ~40% от него се дължи на загубата на миокардна тъкан, а останалата част е за сметка на намален обем на сърдечните кухини. Загубата на миокардна маса води до намаляване на МОС, брадикардия и хипотензия. Получава се периферна циркулаторна недостатъчност, която може да причини намаляване на бъбречния кръвоток и гломерулната филтрация. Недостигът на вит. B6 задълбочава сърдечната недостатъчност, а електролитните нарушения са предпоставка за развитието на ритъмни нарушения.

Дихателна система

Намаляването на мускулната маса с ~20% нарушава структурата и работата на дихателната мускулатура (междуребрена и диафрагма). Състоянието на тежко недохранване отслабва дихателния отговор към хипоксия и хиперкапния.

Настъпват дегенеративни промени и в белодробните тъкани. Всичко това в съчетание с намаления имунитет и нарушената дренажна функция на ресничестия епител повишава силно риска от застойни пневмонии. При пациентите на ИБВ отвикването от апарат е много затруднено.

Храносмилателна система

Присъствието на храна в чревния лумен стимулира растежа и подмяната на ентероцитите и колоноцитите. При дълго гладуване и ТПХ клетките на чревната лигавица атрофират, намалява размера на чревните вили и дълбочината на криптите. Това влошава усвояването на липиди, дизахариди и глюкоза. Намалената стомашна, панкреатична и жлъчна секреция, както и промените в чревната флора, задълбочават допълнително малабсорбцията. Всички тези промени нарушават бариерната функция на чревната лигавица и създават условия за преминаване на бактерии и токсини към кръвта. Това се получава в много по-голяма степен при пациентите в критични състояния. Бактериалната транслокация е основен фактор при развитието и поддържането на системното възпаление.

Терморегулация

Тежкото недохранване и загубата на тегло нарушават адаптацията към ниски температури, като отслабват термогенезата и периферната вазоконстрикция. Това води до много по-лесно настъпване на хипотермия при пациенти с недохранване.

Имунна система

Подтиска се клетъчният имунитет и намалява възможностите за съпротива срещу инфекции. Намалява общия брой на лимфоцитите, най-вече за сметка на Т клетъчната линия. Развива се и атрофия на тимуса. Нарушенията в системата на

комплемента водят до отслабване на фагоцитозата, хемотаксиса и директната бактериална клетъчна деструкция. Зарастването на раните е много забавено.

Стратегия на хранителната поддръжка

- Пациентите с ПЕН, на които предстои планова хирургия се нуждаят от хранителна поддръжка в продължение на 2 – 3 седмици. Проведеното клинично дохранване ще помогне за възстановяване на дефицита от витамини, минерали и в малка степен за увеличаване на теглото. Това обаче е достатъчно за подобряване функциите на организма и намаляване риска от усложнения.

- Пациентите с ПЕН, които са претърпели спешна хирургия, трябва да получат хранителна поддръжка възможно най-бързо в следоперативния период.

- Пациентите с ПЕН в критично състояние трябва задължително да получават хранителна поддръжка наред с лечението на основния проблем.

- Пациентите без ПЕН, при които се очаква да не могат да приемат храна за повече от 7 дни поради заболявания или в следоперативния период, трябва също да получат хранителна поддръжка.

- Пациенти, които претърпяват многократни операции трябва да получават непрекъсната хранителна поддръжка.

- На пациентите с ПЕН, на които се налагат многократни спешни операции заради неразрешени коремни инфекции, фистули и др. трябва да бъде осигурен период на захранване, съчетан с по-висока физическа активност. По този начин в продължение

на няколко месеца се натрупва мускулна маса и се подобрява хранителното състояние. Това е важно условие за успеха на окончателната операция.

- Ако оперативната намеса не може да се отложи, нейният размер и радикалност трябва да бъдат съобразени с възможностите на организма да понесе метаболитното натоварване, предизвикано от оперативната травма.

Затлъстяването представлява състояние на прекомерно натрупване на мастна тъкан в организма. В зависимост от степента на това натрупване, състоянието се класифицира като наднормено тегло, или като затлъстяване, представляващи различни степени на здравен риск. За целите на практиката, оценката на телесното тегло, се прави най-често посредством индекса на телесната маса – ИТМ (наричан също индекс на Quetelet). Същият се изчислява по формулата:

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесно тегло (kg)}}{(\text{Ръст в m})^2} = (\text{kg/m}^2)$$

Класификация	ИТМ (kg/m ²)	Риск от съпътстващи заболявания
Поднормено тегло	<18.5	Нисък (съществува увеличен риск от други клинични проблеми)
Нормално тегло	18.5 – 24.9	Нисък
Наднормено тегло	25.0 – 29.9	Увеличен
Затлъстяване I степен	30.0 – 34.9	Умерено висок
Затлъстяване II степен	35.0 – 39.9	Висок
Затлъстяване III степен	40.0	Много висок

Затлъстяването е резултат от нарушено равновесие между енергийния внос чрез храната и енергоразхода на индивида. Честа причина за това състояние е свръххраненето, т.е. прием на повече от необходимата за основната обмяна и за двигателната активност енергия.

Свръхконсумацията на енергийна храна може да се дължи на психологически, наследствени и хормонални фактори. Известен е фактът, че индивиди с наследствена обремененост са предразположени в по-висока степен към затлъстяване. Дори лекото повишаване на телесното тегло увеличава заболяемостта и смъртността от метаболитни (свързани с обмяната на веществата) нарушения.

Затлъстяването е на второ място след тютюнопушенето като причина за преждевременна смърт. Доказана е връзката между затлъстяването и ред заболявания: сърдечно-съдови, неинсулин зависим захарен диабет (тип 2), злокачествени заболявания (рак), респираторни (дихателни) проблеми, скелетно-мускулни болести, психосоциални проблеми.

В България, процентът на жените със затлъстяване е приблизително 35%, на мъжете – 25%, на децата и юношите – 10-12%. Високо степенното затлъстяване е два пъти по-често сред жените, в сравнение с мъжете.

Най-добрият подход в лечението на затлъстяването, е комплексният, т.е. този, който повлиява и двете страни на енергийното равновесие – понижаване приема и увеличаване разхода на енергия. Така комплексните програми за профилактика и лечение на този здравен проблем включват промяна в начина на живот с няколко основни елементи:

Диетични режими – рестриктивно-енергийните диетични режими са в основата на повечето програми за лечение на затлъстяването.

Двигателна активност – предотвратява адаптивното понижаване на основната обмяна, в отговор на ограничения енергиен прием.

Промяна в хранителните навици – правилен режим на хранене; избягване на пикантните подправки и солта; достатъчно питейна вода и течности; ниска консумация на мазнини, алкохол и прости захари; маломерни порции;

Б. ПРИ ДЕЦА ДО 28 ДЕН

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Други анемии, свързани с храненето

Включва: мегалобластна анемия, неподдаваща се на лечение с витамин В₁₂ или фолати

- D53.0 Анемия, причинена от белтъчен недоимък**
Анемия от недоимък на аминокиселини
Оротацидурейна анемия
Не включва: Синдром на Lesch-Nyhan (E79.1)

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

- E70.0 Класическа фенилкетонурия**
- E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии**
- E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина**
Алкаптонурия
Хипертирозинемия
Охроноза
Тирозинемия
Тирозиноза
- E70.3 Албинизъм**
Албинизъм:
• очен
• очно-кожен
Синдром на:
• Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
• Cross
• Hermansky-Pudlak
- E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини**
Разстройства на:
• обмяната на хистидина
• обмяната на триптофана

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

- E71.0 Болест на “урина като кленов сироп”**
- E71.1 Други разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига**
Хиперлевцин-изолевцинемия
Хипервалинемия
Изовалерианова ацидемия
Метилмалонова ацидемия
Пропионова ацидемия
- E71.2 Разстройство на обмяната на аминокиселините с разклонена верига, неуточнено**
- E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини**
Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Митохондриални и пероксизомни болести
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Други разстройства на обмяната на аминокиселините

Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:

- обмяната на ароматните аминокиселини (E70.—)
- обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
- обмяната на мастните киселини (E71.3)
- обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)

подагра (M10.—)

E72.0 Разстройства на транспортирането на аминокиселини

Цистиноза
Цистинурия
Синдром на Fanconi(-de Toni)(-Debre)
Болест на Hartnup
Синдром на Lowe

Не включва: разстройства на обмяната на триптофана (E70.8)

E72.1 Разстройства на обмяната на сярна-съдържащите аминокиселини

Цистатионинурия
Хомоцистинурия
Метионинемия
Дефицит на сулфитоксидаза

Не включва: дефицит на транскобаламин II (D51.2)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята

Аргининемия
Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия

Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

E72.3 Разстройства на обмяната на лизина и хидроксилизина

Глутарова ацидурия
Хидроксилизинемия
Хиперлизинемия

E72.4 Разстройства на обмяната на орнитина

Орнитинемия (тип I, II)

E72.5 Разстройства на обмяната на глицина

Хиперхидроксипролинемия
Хиперпролинемия (тип I, II)
Некетенова хиперглицинемия
Саркозинемия

E72.8 Други уточнени разстройства на обмяната на аминокиселините

Разстройства:

- на обмяната на β -аминокиселините
- в γ -глутамиловия цикъл

Непоносимост към лактоза

E73.0 Вроден недоимък на лактаза

E73.1 Вторичен недоимък на лактаза

E73.8 Други видове непоносимост към лактоза

Други разстройства на обмяната на въглехидратите

Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)

хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген

Сърдечна гликогеноза

Болест на:

- Andersen
- Cori
- Forbes
- Hers
- McArdle
- Pompe
- Tauri
- Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

E74.1 Разстройства на обмяната на фруктозата

Есенциална фруктозурия

Недоимък на фруктозо-1,6-дифосфатаза

Наследствена непоносимост към фруктоза

E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата

Недоимък на галактокиназа

Галактоземия

E74.4 Разстройства на обмяната на пирувата и глюконеогенезата

Недоимък на:

- фосфоенолпируват карбоксикиназа
- пируват:
 - карбоксилаза
 - дехидрогеназа

Не включва: с анемия (D55.—)

E74.8 Други уточнени разстройства на обмяната на въглехидратите

Есенциална пентозурия

Оксалоза

Оксалурия

Ренална глюкозурия

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

E75.0 Ганглиозидоза GM₂

Болест на:

- Sandhoff
 - Tay-Sachs
- GM₂ ганглиозидоза:
- БДУ
 - при възрастни
 - ювенилна

E75.1 Други ганглиозидози

Ганглиозидоза:

- БДУ
- GM₁
- GM₃

Муколипидоза IV

E75.2 Други сфинголипидози

Болест на:

- Fabry(-Anderson)

- Gaucher
 - Krabbe
 - Niemann-Pick
- Синдром на Farber
 Метахроматична левкодистрофия
 Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.3 Сфинголипидоза, неуточнена

E75.4 Липофусциноза на невроните

Болест на:

- Batten
- Bielschowsky-Jansky
- Kufs
- Spielmeyer-Vogt

E75.5 Други разстройства на натрупването на липиди

Церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein]

Болест на Wolman

Разстройства на обмяната на глицеролипидите

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I

Синдроми на:

- Hurler
- Hurler-Scheie
- Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II

Синдром на Hunter

E76.2 Други мукополизахаридози

Недоимък на β -глицуронидаза

Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII

Синдром на:

- Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
- Morquio(-подобен)(класически)
- Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глицеролипидите

Разстройства на обмяната на глицопротеините

E77.0 Дефекти в посттранслационната модификация на лизозомните ензими

Муколипидоза II [I-клетъчна болест]

Муколипидоза III [псевдо- Hurler полидистрофия]

E77.1 Дефекти в разграждането на глицопротеините

Аспартилглицозаминурия

Фукозидоза

Маннозидоза

Сиалидоза [муколипидоза I]

E77.8 Други разстройства на обмяната на глицопротеините

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии

Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

E78.0 Чиста хиперхолестеролемия

Фамилна хиперхолестеролемия

Хиперлипидопроteinемия на Fredrickson, тип IIa

Хипербеталипопротеинемия

Хиперлипидемия, група А
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]

E78.1 Чиста хиперглицидемия
Ендогенна хиперглицидемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група В
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]

E78.2 Смесена хиперлипидемия
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицидемия
Хиперлипидемия, група С
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum
Не включва: церебротендиозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)

E78.3 Хиперхиломикронемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицидемия

E78.4 Други хиперлипидемии

E78.6 Недоимък на липопротеини
Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия
Хипобеталипопротеинемия (фамилна)
Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза
Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините

Разстройства на обмяната на пурина и пиримидина

Не включва: камък на бъбрека (N20.0)
комбинирани имунонедоимъчни разстройства (D81.—)
подагра (M10.—)
оротацидурична анемия (D53.0)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

E79.1 Синдром на Lesch-Nyhan

E79.8 Други разстройства на обмяната на пурина и пиримидина
Наследствена ксантинурия

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии
Наследствена копропорфирия
Порфирия:

- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за

външни причини (клас XX).

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта

Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.2 Разстройства на обмяната на цинка

Ентеропатен акродерматит

E83.4 Разстройства на обмяната на магнезия

Хипермагнеземия
Хипомагнеземия

Други разстройства на обмяната на веществата

Не включва: хистиоцитоза X (хронична) (D76.0)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало разстройство на обмяната на веществата, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E88.1 Липодистрофия, неклассифицирана другаде

Липодистрофия БДУ

Не включва: болест на Whipple (K90.8)

E88.2 Липоматоза, неклассифицирана другаде

Липоматоза:

- БДУ
- болезнена [Dercum]

E88.8 Други уточнени разстройства на обмяната на веществата

Аденолипоматоза на Launois-Bensaude
Триметиламинурия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])

такава на:

- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки
такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:

- цервикален
- лумбосакрален
- сакрококцигеален
- торакален

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

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])

Рентгенография на раменен отдел

57700-00	Радиография на рамо или скапула
Рентгенография на горен крайник	
57512-01	Рентгенография на лакът и предмишница
Рентгенография на горен крайник	
57512-03	Рентгенография на длан, пръсти и китка
Изследване на кости	
58300-00	Рентгеново изследване костна възраст на китка и коляно
Рентгенография на таз	
57712-00	Рентгенография на тазобедрена става <i>Не включва:</i> контрастна артрография (59751-00 [1985]) такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])
57715-00	Рентгенография на таз Радиография на тазов вход <i>Не включва:</i> радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])
Радиография на долен крайник	
57518-00	Рентгенография на фемур Радиография на бедро <i>Не включва:</i> такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])
57518-01	Рентгенография на коляно <i>Не включва:</i> изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
57518-02	Рентгенография на подбедрица
Радиография на долен крайник	
57524-04	Рентгенография на глезен и стъпало
1940 Ултразвук на глава и шия	
Включва задължително:	
55028-00	Ултразвук на глава Ехоенцефалография <i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
и	
55032-00	Ултразвук на шия <i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])
Ултразвук на сърце	
Ехокардиография	
<i>Включва:</i>	такъв изпълнен: <ul style="list-style-type: none"> • използвайки: <ul style="list-style-type: none"> • 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

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-00 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-01 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-02 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-00 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-01 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-00 Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните 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
- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
- 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
- 91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
- 91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
- 91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
- 91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
- 91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
- 91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
- 91910-08 Изследване на време на кръвене
- 91913-04 Изследване на време на съсирване
- 91910-09 Изследване на протромбиново време
- 91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
- 91910-11 Изследване на фибриноген
- 13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Задължително при генетично заболяване за поставяне на генетична диагноза, при първа хоспитализация, се извършва:

91881-00 ДНК анализ

По преценка на лекуващия лекар се извършват и:

- 91916-00 Генетични изследвания
- 91916-01 Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък
- 91925-19 Други хормонални изследвания
- 91913-02 Серологично изследване за ранен и за късен сифилис

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-03 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-04 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-05 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
антибиограма

1932 изследвания на урина

Включва задължително всяко едно от следните:

91226-00	Метаболитен скрининг на урина за мукополизахариди
91226-01	Метаболитен скрининг на урина за аминокиселини
91226-02	Метаболитен скрининг на урина за органични киселини
Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания	
92015-00	Визуален евокиран потенциал [БЕП]
Слухови евокирани потенциали	
11300-00	Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол
96050-00	Кортикален евокиран отговор аудиометрия
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система	
92066-00	Поставяне на ректална тръба Смяна на ректална тръба
Приложение на фармакотерапия	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • <i>тромбоцити</i>
Приложение на фармакотерапия	
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])

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

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])

Приложение на фармакотерапия

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

Приложение на фармакотерапия

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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Приложение на фармакотерапия

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 три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

При първа хоспитализация по повод генетично заболяване:

Клиничната пътека се отчита със задължително проведено генетично изследване: „метаболитен скрининг или анализ на урина за мукополизахариди, аминокиселини или органични киселини” блок 1932 (91226-00 и 91226-01 и 91226-02)

или

ензимен и/или ДНК – анализ, в случаите когато се касае за генетично заболяване и анализите са възможни в България блок 1923.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания, вкл. и генетични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

1. 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
Неонатологична клиника/отделение
2. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, вкл. КГА, хемостазиология
3. Структура за рентгеново изследване – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Звено за интензивно лечение

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология/педиатрия.

2. 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. Имунологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. Клиника/отделение по образна диагностика, разполагащо с КТ /МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24-часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Вирусологична лаборатория - на територията на областта
5. Ехокардиограф
6. Цитогенетична лаборатория – на територията на областта
7. Генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК – анализ – на територията на страната
8. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- най-малко шестима лекари, от които най-малко трима със специалност "Неонатология", един от тях с квалификация по ехография – трансфонтанелна и/или абдоминална;
- лекар - специалист по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Спешно лечение на лица с диагностицирани метаболитни нарушения и в състояние на:

- Метаболитна криза
- Коматозно състояние
- Гърчов синдром

2. Диагностично уточняване, лечение и определяне на последващо терапевтично поведение при:

- При неясна диагноза за уточняване.
- пациенти с хронична малнутриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система (индекс на телесна маса - BMI под 19 кг/м², загуба на тегло над 5 % в последните 1 - 3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25 % и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л)
- пациенти с наследствени метаболитни заболявания за корекция на терапията и лечение на възникнали усложнения

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Метаболитни заболявания: пациентите постъпват в клиниката за поставяне на диагноза и за лечение, когато са в декомпенсирано състояние. Целта е възстановяване на жизнените показатели, преодоляване на коматозното състояние, изчистване на организма от натрупания токсичен субстрат и стабилизиране на обменните процеси. Разясняване на родителите за допуснатите пропуски в диетичното и медикаментозното лечение с цел предотвратяване на по-нататъшни метаболитни кризи.

Диагностични изследвания:

- До 48-ия час – се извършват следните изследвания - ПКК, урина, биохимия (само изследванията необходими за доказване на диагнозата), лактат, амоняк;
- До 72 – ия час се извършват - ЕЕГ и вземане на кръв и урина за специализирани изследвания (аминокиселини, органични киселинини, мукополизахариди, ензимни изследвания) при необходимост;
- До края на болничния престой, в зависимост от състоянието на детето и необходимост за поставяне и уточняване на диагнозата - трансфонтанелна ехография, рентгеново изследване, ехография на коремни органи, ехокардиография, консултации с невролог, кардиолог, започване на кинезитерапия.

Лечение

По време на хоспитализацията лечението е основно симптоматично.

Медикаментозно лечение - инфузия на глюкоза, електролити, биологични продукти, хранене със сонда, парентерално или орално приложение на антибиотик, кортикостероид, антиконвулсанти, антиеметични средства.

Ензим-заместваща терапия при пациенти с болестта на Гоше се отчита с АПр № 33 - „Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терапевтична схема”, с бланка №8А , като отчитането на приложените лекарствени средства се извършва по установения ред.

Възможността за отчитане на пациенти по пътеката се запазва само за случаите на диагностика и проследяване на състоянието.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011 г.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, статуса и след хистологично (при определени нозологии), цитогенетично, молекулярно изследване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- уточнена диагноза;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ *“ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Наследствените метаболитни болести са група от генетични заболявания, при които липсата на определен ензим води до увреждане на различни органи, включително мозъка. Ензимите са белтъци, които имат много функции, включително разграждане на определени вещества в организма. При метаболитните болести това разграждане е нарушено, веществата не се използват пълноценно, а се натрупват в различни тъкани, стават токсични за тях и това води до проявата на определена метаболитна болест. Тежестта на заболяването зависи от вида на липсващия ензим и органите, които са засегнати.

Метаболитните заболявания се причиняват от дефект в гена, който е отговорен за синтезирането на даден ензим. В повечето случаи този дефект се носи от двамата родители, но в единична доза. Поради тази причина родителите практически са здрави. По време на оплождането на случаен принцип тези два дефекта се събират заедно в клетките на бъдещото дете и ефектът от тяхното комбиниране е проявата на определено наследствено метаболитно заболяване.

Метаболитните болести са редки. Една голяма част от тях се проявяват в детската възраст. Характерно за тях е, че децата се раждат на термин, с нормални тегло и ръст и в много случаи тяхното развитие през първите дни, седмици или месеци е напълно нормално. Болестта се проявява след известно време, тъй като е необходим различно дълъг период през който в организма да се натрупа това вещество, което поради дефекта не може да се разгражда. Заболяването може да се прояви с повръщане (особено по време на инфекция), увеличение на черния дроб и слезката, гърчове, проблеми с дишането, промяна в съзнанието.

Изключително важно е пациентът със сходни оплаквания да бъде насочен към специалист за търсене на причината и евентуално лечение. Точната диагноза дава възможност на лекаря да определи хода на развитие на болестта и нейната прогноза, степента на увреждане на детето - физически и психически.

Протичането на метаболитните болести е различно. Едни от тях се проявяват под формата на кризи с повръщане, при други първите симптоми са гърчове. Децата могат да имат забавено физическо развитие - лошо наддаване на тегло, късно седане и прохождение. Забавено е и психическото развитие, наблюдават се промени в поведението.

Лечението на метаболитните болести е специфично и в много случаи е поддържащо, не води до пълно излекуване на детето. Генетичният дефект не може да бъде коригиран. Независимо от това поддържащото лечение трябва да се приложи навреме и адекватно на водещите симптоми. То цели да предотврати животозастрашаващи състояния и да осигури на детето възможно най-добро развитие.

Някои от метаболитните болести се лекуват със съответна диета. Прилагането ѝ трябва да става под строг лекарски контрол и само при поставена диагноза. Съществена част от лечебния план е провеждането на определена рехабилитационна програма, съобразена със състоянието на детето. При една голяма част от тези болести има 25% вероятност следващото дете в семейството да бъде болно от същото заболяване. Това налага тези семейства да се насочват към генетична консултация преди следваща бременност. Съществуват методи при някои метаболитни болести диагнозата да бъде поставена по време на бременността. За тази цел на семейство, в което вече има родено дете с метаболитна болест и тя е диагностицирана, се предлага **пренатална диагноза**. Тя не е възможна в случаите, когато липсва точната диагноза на болното дете. Изследват се кръв, урина или късче кожа от болното дете, в които се търсят определени нарушения.

В много случаи тези изследвания са продължителни, а понякога и те не позволяват да стигнем до основната причина на заболяването. Независимо от липсата на точна диагноза, децата с метаболитни заболявания трябва да се наблюдават периодично от специалист.

КП № 84 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР И ХРОНИЧЕН ОБОСТРЕН ПИЕЛОНЕФРИТ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

N10 Остър тубулоинтерстициален нефрит

Остър:

- инфекциозен интерстициален нефрит
- пиелит
- пиелонефрит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

Хроничен тубулоинтерстициален нефрит

Включва:

хроничен:

- инфекциозен интерстициален нефрит
- пиелит
- пиелонефрит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

N11.0 Необструктивен хроничен пиелонефрит, свързан с рефлукс

Пиелонефрит (хроничен), свързан с (везикоуретерален) рефлукс

Не включва: везикоуретерален рефлукс БДУ (N13.7)

N11.1 Хроничен обструктивен пиелонефрит

Пиелонефрит (хроничен), свързан с:

- | | | |
|---|------|---|
| <ul style="list-style-type: none">• аномалия• прегъване• обструкция• стриктура | } на | { <ul style="list-style-type: none">• пелвиуретералното съединение• пиелоуретерално съединение• уретера |
|---|------|---|

Не включва: калкулозен пиелонефрит (N20.9)
обструктивна уропатия (N13.—)

N11.8 Други хронични тубулоинтерстициални нефрити

Необструктивен хроничен пиелонефрит БДУ

N11.9 Хроничен тубулоинтерстициален нефрит, неуточнен

Хроничен:

- интерстициален нефрит БДУ
- пиелит БДУ
- пиелонефрит БДУ

N12 Тубулоинтерстициален нефрит, неуточнен като остър или хроничен

Интерстициален нефрит БДУ

Пиелит БДУ

Пиелонефрит БДУ

Не включва: калкулозен пиелонефрит (N20.9)

Обструктивна и рефлуксна нефропатия

Не включва:

камъни в бъбрека и уретера без хидронефроза (N20.—)
вродени обструктивни дефекти на бъбречното легенче и уретера (Q62.0—Q62.3)
обструктивен пиелонефрит (N11.1)

N13.6 Пионефроза

Състоянията в N13.0—N13.5 с инфекция

Обструктивна уропатия с инфекция

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

Други тубулоинтерстициални болести на бъбреците

N15.0 Балканска нефропатия
Балканска ендемична нефропатия

Камък в бъбрека и в уретера

Не включва: с хидронефроза (N13.2)

N20.9 Камък на пикочните пътища, неуточнен
Калкулозен пиелонефрит

Бъбречна агенезия и други редукиционни дефекти на бъбрека

Включва: атрофия на бъбрека:
• вродена
• инфантилна
вродена липса на бъбрек

Q60.0 Бъбречна агенезия, едностранна
Q60.3 Бъбречна хипоплазия, едностранна
Q60.4 Бъбречна хипоплазия, двустранна
Q60.6 Синдром на Potter

Кистозна болест на бъбрека

Не включва: придобита киста на бъбрека (N28.1)
синдром на Potter (Q60.6)

Q61.0 Вродена единична киста на бъбрека
Киста на бъбрека (вродена) (единична)
Q61.1 Бъбречна поликистоза, инфантилен тип
Q61.2 Бъбречна поликистоза, адулторен тип
Q61.4 Бъбречна дисплазия
Q61.5 Медуларна бъбречна киста
Спонгиозен бъбрек БДУ
Q61.8 Други форми на кистозна болест на бъбреците
Фиброкистоза(-на):
• на бъбрека
• бъбречна дегенерация или болест
Q61.9 Кистозна болест на бъбреците, неуточнена
Синдром на Meckel-Gruber

Вродени нарушения в проходимостта на бъбречното легенче и вродени аномалии на уретера

Q62.0 Вродена хидронефроза
Q62.1 Атрезия и стеноза на уретера
Вродено запушване на:
• уретера
• уретеропелвисната връзка
• уретеровезикалното отворствие
Непроходимост на уретера
Q62.2 Вроден мегауретер
Вродена дилатация на уретера
Q62.3 Други вродени нарушения в проходимостта на бъбречното легенче и вродени аномалии на уретера
Вродено уретероцеле
Q62.4 Агенезия на уретера
Липса на уретер
Q62.5 Удвоен уретер
Добавъчен
Двоен уретер
Q62.6 Неправилно положение на уретера
Девиация
Изместванена уретера или
Ектопия уретерното отворствие
Аномална имплантация

Q62.7 Вроден везико-уретеро-ренален рефлукс

Други вродени аномалии на бъбрека

Не включва: вроден нефротичен синдром (N04.—)

Q63.0 Добавъчен бъбрек

Q63.1 Лобулиран, сраснал и подковообразен бъбрек

Q63.2 Ектопичен бъбрек

Вродено изместване на бъбрека

Неправилно завъртане на бъбрека

Q63.3 Хиперпластичен и гигантски бъбрек

Q63.8 Други уточнени вродени аномалии на бъбрека

Вродени бъбречни конкременти

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Интравенозна пиелография [IVP]

58706-00 Интравенозна пиелография

Инфузионна пиелография

Включва: предварителен общ план
Томография

Ретроградна рентгенография на отделителна система

58721-00 Ретроградна микционна цистоуретрография

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища

Обзорна бъбречна графия

Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра

Не включва: контрастна:

- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

При изследване на урина се включва всяко едно от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
Антибиограма

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06 Изследване на рН на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

91920-14 Изследване за белтък в урината

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-16 Изследване за билирубин в урината

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

При изследване на кръв се включва всяко едно от следните:

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

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

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

По преценка:

91910-08 Изследване на време на кръвене

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)

91910-11 Изследване на фибриноген

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

Бъбречни нуклеарно медицински изследвания

61386-00 Ренално изследване

Базово бъбречно изследване

Включва: компютърен анализ
вливания
бъбречни изображения

Не включва: такова на бъбречна кора (61386-01, 61387-00 [2008])

1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1920 Приложение на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, една от които е 91920-02 и две основни терапевтични процедури, една от които е 96199-02 или 96197-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нефрология”, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нефрология”, от обхвата на медицинската специалност „Вътрешни болести”, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Вътрешни болести”, от обхвата на медицинските специалности „Педиатрия” и „Детска нефрология”, осъществявани най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Педиатрия”.

1. 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 нефрология или Клиника/отделение по Вътрешни болести или Клиника/отделение по педиатрия/детска нефрология
2. Клинична лаборатория I ниво
3. Рентгенов апарат на територията на болницата
4. Ехографски апарат с абдоминален трансдюсер

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

2. 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. Лаборатория по клинична микробиология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1 Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по вътрешни болести – двама
или един със специалност по нефрология и един със специалност по вътрешни болести; един от специалистите трябва да има допълнителна квалификация за коремна ехография
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Блок 2 Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години

- лекар със специалност по педиатрия - двама и един от тях, работещ в областта на нефрологията и/или диализата
или
лекар със специалност по детска нефрология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

1. Бъбречно трансплантирани деца могат да бъдат лекувани в клиника по нефрология и трансплантация за възрастни, като при необходимост се прави консултация със специалист по детска нефрология.

2. Бременни с пиелонефрит се насочват за лечение към болници със специализирани клиники/отделения по акушерство и гинекология, като се извършва задължително документирана консултация от нефролог.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Налице са минимум три от посочените по-долу индикации:

- болка в областта на бъбреците и/или над симфизата;
- дизурични оплаквания;
- прояви на фебрилно-интоксикационен, консумативен, септичен и анемичен синдром;
- положително succussio renalis
- левкоцитурия и/или бактериурия (микробиологично);
- промени в кръвната картина и биохимичните показатели за възпалителен процес;
- влошаване на бъбречната функция, евентуално положителна хемокултура и ехографска находка;
- съмнение за аномалии на бъбреците и пикочните пътища.

При обструкция на пикочните пътища, дори и едностранно, може да няма левкоцитурия и бактериурия. Тогава клиничните и ехографски данни са достатъчни.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента. Урокултура се взема до 48 час от началото на хоспитализацията.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват (в рамките на болничния престой).

3. Медико-диагностични изследвания се извършват в хода на болничния престой на пациента, за ретроградната цистоуретрография - след стерилизиране на урината.

За пациенти на възраст под 18 години: ако се налагат рентгенови изследвания, те се извършват в хода на болничния престой на пациента, за ретроградната цистоуретрография - след стерилизиране на урината.

Контролни клинично-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

На лечение подлежат пациенти с някои от следните клинични симптоми/синдроми, потвърдени с лабораторни отклонения:

1. Болка в областта на бъбреците и/или над симфизата, дизурични оплаквания, прояви на фебрилно-интоксикационен, септичен и анемичен синдром, положително succussio renalis;

2. Левкоцитурия и/или бактериурия (микробиологично) в съчетание с промени в кръвната картина, влошаване на бъбречната функция, евентуално положителна хемокултура и ехографска находка.

При болни с пиелонефрит - изграждане на терапевтична стратегия с антибиотици само при възрастни пациенти.

Антибиотичното лечение цели ликвидиране на възпалителния процес в бъбреците и предотвратяване или овладяване на настъпилите усложнения. Антибактериалното лечение при остър или обострен хроничен пиелонефрит започва без да се изчака резултатът от урокултурата. Започва се с антимикробни средства, които постигат висока концентрация в кръвта и урината и по възможност да нямат нефротоксичен ефект. Чрез динамично проследяване на уринния седимент и урокултурата се решава с какъв медикамент и продължителност да протече това лечение:

- при уроинфекция с Gr (-) флора и нормална бъбречна функция – цефалоспорины 2-3 генерация или флуорохинолони, и/или аминогликозиди, котримоксазол и др.;
- при уроинфекция с Gr (+) флора - цефалоспорины 2-3 генерация или флуорохинолони или амоксицилин + клавуланова киселина, аминогликозиди;
- при уроинфекция и бъбречна недостатъчност - цефалоспорины 2-3-4 генерация или амоксицилин + клавуланова киселина и др.;
- при стафилококов сепсис - цефалоспорины 2-3 генерация, флуорохинолони (офлоксацин, моксифлоксацин), евентуално ампицилин-сулбактам, амоксицилин + клавуланова киселина и др.;
- при метицилин - резистентен стафилококов сепсис – ванкомицин, тейкопланин;
- при инфекция с *Pseudomonas* – имипенем, цефтазидим, уреидопеницилини;
- при тежък сепсис – хемокултура, емпирично лечение с комбинация от широкоспектърни антибиотици за Gr (-) бактерии, стафилококи, анаеробна флора – напр. карбапенеми, ванкомицин, метронидазол, цефалоспорины – трета и четвърта генерация; корекция на схемата след резултат от уро- и хемокултурата;
- при микоплазмена и хламидиална инфекция – лечение с макролиди, флуорохинолони

Лечение на пиелонефрит при деца:

а) рехидратация;

б) антибактериално интравенозно лечение – 48 часа след нормализиране на температурата, след това перорално 10 дни (може и амбулаторно). Използват се медикаменти от следните групи: аминогликозиди, цефалоспорины III поколение, синтетични пеницилини, триметоприм, котримоксазол.

Здравни грижи съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се базира на резултатите от клиничните, лабораторни и инструментални изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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

Медицински критерии за дехоспитализация:

- повлияване на клиничните оплаквания (намаляване на болката и дизуричните оплаквания);
- афебрилитет;
- подобряване на лабораторните показатели - левкоцитурия, левкоцитоза.
- задължително извършено микробиологично изследване при предходен положителен резултат.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Острият пиелонефрит представлява неспецифично възпалително заболяване на бъбречната тъкан и легенчето, развило се поради директно попадане в тях най-често на бактерии и по-рядко на микоплазми и вируси. Причинителите могат да засегнат едновременно или последователно единия или двата бъбрека.

Острият пиелонефрит протича с: влошено общо състояние, главоболие, обща отпадналост; повишаване на температурата до 39-40 °С, придружено с разтрисане и изпотяване; болки в кръста, разпространяващи се към корема и слабините; смущения в уринирането - често уриниране, парене и болка при уриниране.

След снемане на подробна анамнеза и приключване на прегледа, лекарят назначава изследване на урина и кръв. Особено важно е микробиологичното изследване на урината (урокултура). При това изследване се изолира причинителя на възпалителния процес и се определя неговата чувствителност към различни антибактериални средства. За достоверността на резултатите е от особено значение пациентът да спазва съвсем стриктно указанията, дадени от лекаря и медицинската сестра за вземането на микробиологично изследване на т.нар. "стерилна урина". Наред с това се назначава ехография на бъбреците и пикочния мехур, а при необходимост и рентгенови и изотопни изследвания. Те дават допълнителна информация за наличие на някои предразполагащи фактори като камъни в бъбреците, бъбречни аномалии, нарушения в оттичането на урината и др. При съответни индикации се осъществяват консултации с други специалисти (гинеколог, уролог, гастроентеролог).

Възможностите за лечение и прогнозата на острия или изострения хроничен пиелонефрит зависят от вида на причинителя на инфекцията (моно- или смесена флора), наличието на предразполагащи фактори, правилния подбор на антибактериалното лечение при строго спазване на постелния и хигиенно-диетичния режим. След овладяването на острите прояви на заболяването е препоръчително системно и периодично наблюдение на болния, а при необходимост отстраняване на предразполагащите фактори. Това ще предотврати рецидиви и хронифициране на болестния процес, а в перспектива и превенция на хроничната бъбречна недостатъчност.

Болничното лечение на острия пиелонефрит предполага:

Специалистът нефролог ще Ви прегледа или ще Ви насочи към съответния специалист за извършване на ехографско изследване на бъбреците, което ще даде информация за наличие на предразполагащи фактори - камъни, кисти, обструкция с хидронефроза и др.; ще назначи строг постелен режим до нормализиране на температурата, хранителният режим ще бъде съобразен с особеностите на протичане на заболяването; ще се осъществява динамично наблюдение на пациента от лекуващия и дежурния екип; ще се проследяват динамично лабораторните показатели и функционалните изследвания - уринен седимент, урокултури, кръвна картина, показатели на бъбречната функция, ехографско изследване; ще се провежда съобразено с получените показатели антибактериално лечение, което при необходимост може своевременно да бъде коригирано; своевременно могат да се диагностицират и лекуват настъпили усложнения на заболяването; ще се провеждат допълнителни инструментални изследвания - рентгенови, изотопни и др.; при необходимост може да се вземе решение за оперативно лечение на причината за обструкция.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото

хронифициране с последващо влошаване на бъбречната функция до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар или лекаря нефролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение.

КП № 85 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – НОВООТКРИТИ

КП № 85.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – НОВООТКРИТИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Хипертоничен бъбрек [хипертонична бъбречна болест]

Включва: всяко състояние от рубриците N18.—, N19.— или N26.— в съчетание с всяко състояние от рубриката I10

бъбречна атеросклероза
атеросклеротичен нефрит (хроничен)(интерстициален)
хипертонична нефропатия
нефросклероза

Не включва: вторична хипертония (I15.—)

I12.0 Хипертоничен бъбрек с бъбречна недостатъчност

Хипертонична бъбречна недостатъчност

I12.9 Хипертоничен бъбрек без бъбречна недостатъчност

Хипертоничен бъбрек БДУ

Остър нефритен синдром

Включва: остър(-ра):

- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: остър тубулоинтерстициален нефрит (N10)
нефритен синдром БДУ (N05.-)

N00.0 Остър нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N00.1 Остър нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N00.2 Остър нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N00.3 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен

гломерулонефрит

N00.4 Остър нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен

гломерулонефрит

N00.5 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N00.6 Остър нефритен синдром - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N00.7 Остър нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N00.8 Остър нефритен синдром - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Бързо прогресиращ нефритен синдром

Включва: бързо прогресиращ(-а):

- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит

Не включва: нефритен синдром БДУ (N05.—)

N01.0 Бързо прогресиращ нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N01.1 Бързо прогресиращ нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N01.2 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N01.3 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N01.4 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N01.5 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N01.6 Бързо прогресиращ нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N01.7 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N01.8 Бързо прогресиращ нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Рецидивираща и постоянна хематурия

Включва: хематурия:

- доброкачествена (фамилна) (детска)
- с морфологични увреждания, уточнени в .0—8

Не включва: хематурия БДУ (R31)

N02.0 Рецидивираща и постоянна хематурия - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N02.1 Рецидивираща и постоянна хематурия - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N02.2 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N02.3 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N02.4 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N02.5 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N02.6 Рецидивираща и постоянна хематурия - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N02.7 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N02.8 Рецидивираща и постоянна хематурия - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Хроничен нефритен синдром

Включва: хроничен(-на):
• гломерулна болест
• гломерулонефрит
• нефрит
• бъбречна болест БДУ

Не включва: хроничен тубулоинтерстициален нефрит (N11.—)
дифузен склерозиращ гломерулонефрит (N18.—)
нефритен синдром БДУ (N05.—)

N03.0 Хроничен нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N03.1 Хроничен нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
 - склероза
- Огнищен гломерулонефрит

N03.2 Хроничен нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N03.3 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N03.4 Хроничен нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N03.5 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N03.6 Хроничен нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N03.7 Хроничен нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N03.8 Хроничен нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефрозен синдром

Включва: вроден нефрозен синдром
липоидна нефроза

N04.0 Нефрозен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N04.1 Нефрозен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
 - склероза
- Огнищен гломерулонефрит

N04.2 Нефрозен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N04.3 Нефрозен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N04.4 Нефрозен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N04.5 Нефрозен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N04.6 Нефрозен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N04.7 Нефрозен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N04.8 Нефрозен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефритен синдром, неуточнен

Включва: glomerулна болест
 glomerулонефрит } БДУ
 нефрит

нефропатия БДУ и бъбречна болест БДУ с морфологични увреждания, уточнени в .0—8

Не включва: нефропатия БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
 бъбречна болест БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
 тубулоинтерстициален нефрит БДУ (N12)

N05.0 Нефритен синдром, неуточнен - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N05.1 Нефритен синдром, неуточнен - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N05.2 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N05.3 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиопролиферативен
гломерулонефрит

N05.4 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен ендокапилярен пролиферативен
гломерулонефрит

N05.5 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиокапилярен
гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N05.6 Нефритен синдром, неуточнен - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N05.7 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен полулуен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N05.8 Нефритен синдром, неуточнен - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Гломерулни увреждания при болести, класифицирани другаде

N08.2* Гломерулни увреждания при болести на кръвта и имунни нарушения
Пурпура на Henoch – Schoenlein (D69.0†)

N08.3* Гломерулни увреждания при захарен диабет (E10—E14†)

N08.4* Гломерулни увреждания при други болести на ендокринната система,
разстройства на храненето и на обмяната на веществата
Амилоидоза (E85.-†)

N08.5* Гломерулни увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Гломерулни увреждания при:
• синдром на Goodpasture (M31.0†)
• нодозен полиартериит (M30.0†)
• системен лупус еритематодес (M32.1†)
• тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1†)
• грануломатоза на Wegener (M31.3†)

Други тубулоинтерстициални болести на бъбреците

N15.8 Други уточнени тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците

Тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците при болести, класифицирани другаде

N16.4* Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при системни болести на
съединителната тъкан
Системен лупус еритематодес (M32.1†)

Забележка: Кодовете на диагнози към рубриките **N08.2 - N08.5** и **N16.4** обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

30075-17 Биопсия на коремна стена или пъп

Биопсия на бъбрек

36561-00 Затворена биопсия на бъбрек
Ендоскопска биопсия през съществуваща:

- нефростомия
- нефротомия
- пиелостомия
- пиелотомия

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])

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища
Обзорна бъбречна графия
Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра

Не включва: контрастна:

- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
Антибиограма

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06 Изследване на рН на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

91920-14 Изследване за белтък в урината

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-16 Изследване за билирубин в урината

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва всяко едно от следните:

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

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

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично

91910-08 Изследване на време на кръвене

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)

91910-11 Изследване на фибриноген

По преценка:

91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM

91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG

91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA

91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента

91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента

91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум

91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел

91922-00 Серологично изследване за HIV 1/2 антитела

91922-04 Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус

91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
13706-05	Приложение на гама глобулин Инжектиране или трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
Приложение на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741]) <i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96199-11	Интравенозното приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Болни, при които не може да се проведе ПББ по медицински показания, но вече гломерулонефритът е диагностициран по клинични и лабораторни данни и са били еднократно хоспитализирани по КП № 85, при следващи хоспитализации да се отчитат по КП № 86.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нефрология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нефрология".

1. 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 нефрология или Клиника/отделение по вътрешни болести III-то ниво
2. Клинична лаборатория II или III ниво с възможност за КГА, хемостазеология и др.
3. Рентгенов апарат за скопия и графия и ехографски апарат
4. Апаратура за пункционна бъбречна биопсия

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

2. 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. Лаборатория по клинична имунология
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Апаратура за плазмафереза
4. КТ/МРТ
5. Клиника/отделение по хемодиализа
6. Лаборатория по клинична микробиология

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- трима лекари с призната специалност по нефрология, един от които да има придобита квалификация за извършване на абдоминална ехография; един с допълнителна квалификация за извършване на бъбречна биопсия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При бременни с гломерулонефрит лечението се осъществява в университетските клиники по акушерство и гинекология под наблюдение на лекуващия нефролог.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- нефротичен или нефритен синдром, с олигурия, хиперволемия, с или без прояви на белодробен и/или мозъчен оток, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение;
- остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна и/или диализна корекция на хомеостатичните параметри;
- микроскопска или макроскопска хематурия с или без протеинурия;
- изолирана постоянна протеинурия от различна степен;
- високостепенна протеинурия с отоци около очите и по крайниците или цялото тяло, със или без изливи в серозните кухини с клинично-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с повишени стойности на кръвното налягане;
- всеки от горните синдроми в съчетание с влошаване на бъбречната функция с покачване на остатъчно азотните тела;
- положителни имунологични изследвания (ANA, анти- DNK – антитела; C3, C4 фракции и др.).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови се извършват до края на болничния престой.

3. Медико-диагностични изследвания се извършват в хода на хоспитализацията на пациента.

4. Затворена (перкутанна) (иглена) биопсия на бъбрек извършва в хода на болничния престой на пациента.

Контролни клинично-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

Патогенетично лечение - в лечебната схема се включват:

- кортикостероиди – в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози при хроничен гломерулонефрит.

Пулсовете могат да се повтарят според степента на повлияване на клиничните симптоми и лабораторни показатели.

Пероралното лечение се провежда с кортизонов перорален препарат в доза съобразно приетите стандарти, с последващо намаляване на дозата по индивидуална схема до пълното му спиране или преминаване на поддържащо лечение. Прилага се в интервалите между пулсовете и след това до пълното овладяване на клиничните симптоми и лабораторни показатели, понякога с продължителност до една година.

- цитостатици - в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози - съгласно правилата за добра медицинска практика.

В терапевтичната схема могат да бъдат включени и други цитостатици – Циклоспорин А и Микофенолат мофетин самостоятелно или в комбинация, както и имunosупресори.

Кортикостероидите и имunosупресорите се прилагат в различни терапевтични схеми според тежестта на протичане на заболяването и степента на подтискане на активността му и хистологичната картина.

При необходимост (тежък нефрозен синдром и/или изявена морфологична и/или имунологична активност) се провежда терапия с:

- антикоагуланти – директни (хепарин, нискомолекулярни хепарини), индиректни;
- антиагреганти;
- вливане на биопродукти;
- плазмафереза по преценка.

Като допълнителна терапия могат да се прилагат и антилипемични средства и имуномодулация с имуновенин, омега-3-ненаситени мастни киселини и други антиоксиданти.

Симптоматично лечение:

- антихипертензивно лечение;
- диуретично лечение.

При болни с хроничен гломерулонефрит - лечението трябва да бъде своевременно, комплексно и достатъчно продължително. Провежда се диетично, етиологично, патогенетично и симптоматично лечение.

Лечение на остър гломерулонефрит

- а) диетолечение – ограничаване на течности, NaCl, K, белтъци;
- б) дехидратираща терапия – диуретици;
- в) антихипертензивно лечение;
- г) антибактериално лечение по микробиологични показания.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:- анамнестичните данни и клиничните прояви на заболяването - отоци по лицето и крайниците или цялото тяло, повишени стойности на артериалното налягане, влошена бъбречна функция;

- наличието на характерни за гломерулонефрита лабораторни отклонения – макроскопска или микроскопска хематурия, протеинурия – различна по степен, хипопротеинемия с диспротеинемия, хиперлипидемия;

- възможни промени в хуморалния и клетъчен имунен статус (при вторични гломерулонефрити);

- чрез морфологично изследване на материал от проведена бъбречна биопсия.

При документирани медицински противопоказания (асиметрия на бъбрека, единствен бъбрек, неконтролирана хипертония, кистозна болест, повишена ехогенност на паренхима, изтънен паренхим, хеморагична диатеза) биопсията не е задължителна.

При всички останали случаи на новооткрит гломерулонефрит се провежда задължително бъбречна биопсия.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- взет материал за биопсичното изследване на бъбрек (с изключение на случаите на медицински противопоказания - асиметрия на бъбрека, единствен бъбрек, неконтролирана хипертония, кистозна болест, повишена ехогенност на паренхима, изтънен паренхим,нарушена коагулация и др.);
- започнато патогенетично лечение (при необходимост).

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Гломерулонефритите са група заболявания, които се характеризират с различни по вид и степен структурни и функционални промени, засягащи предимно гломерулите. Представяват остро или хронично двустранно, дифузно имунно възпаление на бъбреците. Могат да се проявят като самостоятелно заболяване (първични или идиопатични гломерулонефрити) или в хода на друго основно заболяване (вторични или съпътстващи гломерулонефрити – напр. при лупус еритематодес, болест на Шьонлайн – Хенох и др.). Диагнозата се поставя въз основа на клиничните прояви на болестта, лабораторните изследвания на кръв и урина и имунологичните показатели. За отдиференцирането на отделните видове гломерулонефрити и определянето на тежестта им е необходимо да се направи бъбречна биопсия. Тя до голяма степен определя вида и продължителността на лечението.

Клинично гломерулонефритите се проявяват с няколко общи, изразени в различна степен синдроми. Основните прояви са повишено кръвно налягане, отоци по лицето, краката или цялото тяло, поява на кръв и белтък в урината. Установяват се съответни промени в лабораторните показатели – ускорена утайка, намаляване на белтъците и увеличаване на мастите в кръвта. При някои пациенти може да се наблюдава преходно или трайно влошаване на бъбречната функция с покачване на стойностите на уреята и креатинина.

При навременното поставяне на диагнозата и провеждането на правилно лечение острият гломерулонефрит може да бъде излекуван. Само при малка част от пациентите заболяването може да хронифицира. Хроничният гломерулонефрит е с хронично рецидивиращ ход с различна продължителност на ремисиите. При неправилно лечение или липса на такова, заболяването може да прогресира и да доведе до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Възможностите за лечение и прогнозата на острия или хроничен гломерулонефрит зависят от вида на морфологичния вариант на заболяването, доказан чрез бъбречна биопсия. Диагнозата се поставя и лечението се провежда в специализирана нефрологична клиника или отделение от специалисти - нефролози. Прилага се т. нар. патогенетично лечение с кортикостероиди, цитостатици и антикоагуланти по определени схеми. Наред с това се назначават лекарства, регулиращи кръвното налягане и отводняващи. Това лечение е продължително и често пъти се налага неколккратно постъпване в болница. То се провежда съобразено с получените резултати.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото хронифициране с последващо влошаване на бъбречната функция до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар или лекаря нефролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение.

КП № 85 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – НОВООТКРИТИ

КП № 85.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – НОВООТКРИТИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 5 дни
КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър нефритен синдром

Включва: остър(-ра):

- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: остър тубулоинтерстициален нефрит (N10)
нефритен синдром БДУ (N05.-)

N00.0 Остър нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N00.1 Остър нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N00.2 Остър нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

**N00.3 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен
гломерулонефрит**

**N00.4 Остър нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен
гломерулонефрит**

N00.5 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N00.6 Остър нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N00.7 Остър нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N00.8 Остър нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Бързо прогресиращ нефритен синдром

Включва: бързо прогресиращ(-а):

- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит

Не включва: нефритен синдром БДУ (N05.—)

N01.0 Бързо прогресиращ нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

**N01.1 Бързо прогресиращ нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни
увреждания**
Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

- N01.2 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит**
- N01.3 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит**
- N01.4 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит**
- N01.5 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)
- N01.6 Бързо прогресиращ нефритен синдром - болест на плътните отлагания**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)
- N01.7 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит**
Екстракапилярен гломерулонефрит
- N01.8 Бързо прогресиращ нефритен синдром - други изменения**
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Рецидивираща и постоянна хематурия

- Включва:** хематурия:
- доброкачествена (фамилна) (детска)
 - с морфологични увреждания, уточнени в .0—8
- Не включва:** хематурия БДУ (R31)
- N02.0 Рецидивираща и постоянна хематурия - незначителни гломерулни нарушения**
Минимално увреждане
- N02.1 Рецидивираща и постоянна хематурия - огнищни и сегментни гломерулни увреждания**
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
 - склероза
- Огнищен гломерулонефрит
- N02.2 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мембранозен гломерулонефрит**
- N02.3 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит**
- N02.4 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит**
- N02.5 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)
- N02.6 Рецидивираща и постоянна хематурия - болест на плътните отлагания**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)
- N02.7 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен полулунен гломерулонефрит**
Екстракапилярен гломерулонефрит
- N02.8 Рецидивираща и постоянна хематурия - други изменения**
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Хроничен нефритен синдром

- Включва:** хроничен(-на):
- гломерулна болест
 - гломерулонефрит
 - нефрит
 - бъбречна болест БДУ
- Не включва:** хроничен тубулоинтерстициален нефрит (N11.—)
дифузен склерозиращ гломерулонефрит (N18.—)
нефритен синдром БДУ (N05.—)
- N03.0 Хроничен нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения**
Минимално увреждане
- N03.1 Хроничен нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания**

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N03.2 Хроничен нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N03.3 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N03.4 Хроничен нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N03.5 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N03.6 Хроничен нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N03.7 Хроничен нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N03.8 Хроничен нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефрозен синдром

Включва: вроден нефрозен синдром
липоидна нефроза

N04.0 Нефрозен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N04.1 Нефрозен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N04.2 Нефрозен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N04.3 Нефрозен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N04.4 Нефрозен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N04.5 Нефрозен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N04.6 Нефрозен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N04.7 Нефрозен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N04.8 Нефрозен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефритен синдром, неуточнен

Включва: гломерулна болест }
гломерулонефрит } БДУ
нефрит }

нефропатия БДУ и бъбречна болест БДУ с морфологични увреждания, уточнени в .0—8

Не включва: нефропатия БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
бъбречна болест БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
тубулоинтерстициален нефрит БДУ (N12)

N05.0 Нефритен синдром, неуточнен - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N05.1 Нефритен синдром, неуточнен - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N05.2 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N05.3 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N05.4 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N05.5 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N05.6 Нефритен синдром, неуточнен - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N05.7 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N05.8 Нефритен синдром, неуточнен - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Гломерулни увреждания при болести, класифицирани другаде

N08.2* Гломерулни увреждания при болести на кръвта и имунни нарушения
Пурпура на Henoch – Schoenlein (D69.0†)

N08.3* Гломерулни увреждания при захарен диабет (E10—E14†)

N08.4* Гломерулни увреждания при други болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата
Амилоидоза(E85.-†)

N08.5* Гломерулни увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Гломерулни увреждания при:

- синдром на Goodpasture (M31.0†)
- нодозен полиартериит (M30.0†)
- системен лупус еритематодес (M32.1†)
- тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1†)
- грануломатоза на Wegener (M31.3†)

Други тубулоинтерстициални болести на бъбреците

N15.8 Други уточнени тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците

Тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците при болести, класифицирани другаде

N16.4* Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Системен лупус еритематодес(M32.1†)

Забележка: Кодовете на диагнози към рубриките **N08.2 - N08.5** и **N16.4** обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

30075-17 Биопсия на коремна стена или пъп

Биопсия на бъбрек

- 36561-00 Затворена биопсия на бъбрек
Ендоскопска биопсия през съществуваща:
- нефростомия
 - нефротомия
 - пиелостомия
 - пиелотомия

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])

Интравенозна пиелография [IVP]

- 58706-00 Интравенозна пиелография
Инфузионна пиелография
- Включва: предварителен общ план
Томография

Друга рентгенография на пикочна система

- 58700-00 Рентгенография на пикочни пътища
Обзорна бъбречна графия
- Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра
- Не включва: контрастна:
- цистография (58718-00 [1979])
 - цистоуретрография (58721-00 [1979])
 - пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
 - уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

- 55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
- Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])

ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])

при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
Антибиограма

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06 Изследване на рН на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

91920-14 Изследване за белтък в урината

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-16 Изследване за билирубин в урината

1924 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва всяко едно от следните:

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

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

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично

91910-08 Изследване на време на кръвене

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)

91910-11 Изследване на фибриноген

По преценка:

91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM

91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG

91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA

91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента

91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента

91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум

91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел

91922-00 Серологично изследване за HIV 1/2 антитела

91922-04 Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус

91922-06 Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Лечебна плазмафереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
13706-05	Приложение на гама глобулин Инжектиране или трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-11	Интравенозното приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

При диагноза с код **N04.0 "Нефрозен синдром - незначителни гломерулни нарушения"** отпада изискването за хистологично доказване на нефротичен синдром.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Детска нефрология“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“.

1. 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 детска нефрология Или Клиника/отделение по педиатрия - III-то ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II или III ниво
3. Рентгенов апарат за скопия и графия и ехографски апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

2. 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. Лаборатория по клинична имунология
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. КТ/МРТ
4. Клиника/отделение по хемодиализа
5. Лаборатория по клинична микробиология

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

- четирима лекари със специалност по педиатрия. От лекарите със специалност по педиатрия най-малко един има допълнителна квалификация за извършване на ехография и най-малко двама са с придобита втора специалност с педиатрична насоченост, поне един от тях да има специалност по детска нефрология.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Бъбречно трансплантирани деца могат да бъдат лекувани в клиника по нефрология и трансплантация за възрастни, като при необходимост се прави консултация със специалист по детска нефрология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- нефротичен или нефритен синдром, с олигурия, хиперволемиа, с или без прояви на белодробен и/или мозъчен оток, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение;
- остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна и/или диализна корекция на хомеостатичните параметри;
- микроскопска или макроскопска хематурия с или без протеинурия;
- изолирана постоянна протеинурия от различна степен;
- високостепенна протеинурия с отоци около очите и по крайниците или цялото тяло, със или без изливи в серозните кухини с клинично-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с повишени стойности на кръвното налягане;
- всеки от горните синдроми в съчетание с влошаване на бъбречната функция с покачване на остатъчно азотните тела;

- положителни имунологични изследвания (ANA, анти- DNK – антитела; C3, C4 фракции и др.).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) се извършва в рамките на болничния престой.
3. Ако се налагат рентгенови изследвания, те се извършват в хода на болничния престой на пациента.
4. Затворена (перкутанна) (иглена) биопсия на бъбрек се извършва до края на болничния престой на пациента, когато е показана.

Забележка: Контролни клинично-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

Патогенетично лечение - в лечебната схема се включват:

- кортикостероиди – в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози при хроничен гломерулонефрит.

Пулсовете могат да се повтарят неколкостранно в двуседмични интервали според степента на повлияване на клиничните симптоми и лабораторни показатели.

Пероралното лечение се провежда с кортизонов перорален препарат в доза съобразно приетите стандарти, с последващо намаляване на дозата по индивидуална схема до пълното му спиране или преминаване на поддържащо лечение. Прилага се в интервалите между пулсовете и след това до пълното овладяване на клиничните симптоми и лабораторни показатели, понякога с продължителност до една година.

- цитостатици - в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози - съгласно правилата за добра медицинска практика.

В терапевтичната схема могат да бъдат включени и други цитостатици – самостоятелно или в комбинация, както и имunosупресори.

Кортикостероидите и имunosупресорите се прилагат в различни терапевтични схеми според тежестта на протичане на заболяването и степента на подтискане на активността му и хистологичната картина.

При необходимост (тежък нефротичен синдром и/или изявена морфологична и/или имунологична активност) се провежда терапия с:

- антикоагуланти – директни (хепарин, нискомолекулярни хепарини), индиректни;
- антиагреганти;
- вливане на биопродукти;
- плазмафереза по преценка.

Като допълнителна терапия могат да се прилагат и антилипемични средства и имуномодулация с имуновенин, омега-3-ненаситени мастни киселини и други антиоксиданти.

Симптоматично лечение:

- антихипертензивно лечение;
- диуретично лечение.

При болни с хроничен гломерулонефрит - лечението трябва да бъде своевременно, комплексно и достатъчно продължително. Провежда се диетично, етиологично, патогенетично и симптоматично лечение.

Лечение на остър гломерулонефрит:

- а) диетолечение – ограничаване на течности, NaCl, K, белтъци;
- б) дехидратираща терапия – диуретици;
- в) антихипертензивно лечение;
- г) антибактериално лечение по микробиологични показания.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- анамнестичните и клиничните прояви на заболяването - отоци по лицето и крайниците или цялото тяло, повишени стойности на артериалното налягане;
- наличието на характерни за гломерулонефрита лабораторни отклонения – макроскопска или микроскопска хематурия, протеинурия – различна по степен, хипопротеинемия с диспротеинемия, хиперлипидемия;
- възможни промени в хуморалния и клетъчен имунен статус (при вторични гломерулонефрити);
- чрез морфологично изследване на материал от проведена бъбречна биопсия.

При чист нефротичен синдром, при рецидивираща и постоянна хематурия, при остър постинфекциозен гломерулонефрит и при документиран медицински противопоказания (асиметрия на бъбрека, единствен бъбрек, неконтролирана хипертония, кистозна болест, хеморагична диатеза) биопсията в детска възраст не е задължителна. В тези случаи биопсия може да се извърши по преценка - съобразно клиничния ход и клинично-лабораторните изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- задължително взет материал за биопсичното изследване (с изключение на случаите, описани в забележките по-горе);
- започнато патогенетично лечение.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Гломерулонефритите са група заболявания, които се характеризират с различни по вид и степен структурни и функционални промени, засягащи предимно гломерулите. Представяват остро или хронично двустранно, дифузно имунно възпаление на бъбреците. Могат да се проявят като самостоятелно заболяване (първични или идиопатични гломерулонефрити) или в хода на друго основно заболяване (вторични или съпътстващи гломерулонефрити – напр. при лупус еритематодес, болест на Шьонлайн – Хенох и др.). Диагнозата се поставя въз основа на клиничните прояви на болестта, лабораторните изследвания на кръв и урина и имунологичните показатели. За от диференцирането на отделните видове гломерулонефрити и определянето на тежестта им е необходимо да се направи бъбречна биопсия. Тя до голяма степен определя вида и продължителността на лечението.

Клинично гломерулонефритите се проявяват с няколко общи, изразени в различна степен синдроми. Основните прояви са повишено кръвно налягане, отоци по лицето, краката или цялото тяло, поява на кръв и белтък в урината. Установяват се съответни промени в лабораторните показатели – ускорена утайка, намаляване на белтъците и увеличаване на мастите в кръвта. При някои пациенти може да се наблюдава преходно или трайно влошаване на бъбречната функция с покачване на стойностите на уреята и креатинина.

При навременното поставяне на диагнозата и провеждането на правилно лечение острият гломерулонефрит може да бъде излекуван. Само при малка част от пациентите заболяването може да хронифицира. Хроничният гломерулонефрит е с хронично рецидивиращ ход, с различна продължителност на ремисиите. При неправилно лечение или липса на такова, заболяването може да прогресира и да доведе до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Възможностите за лечение и прогнозата на острия или хроничен гломерулонефрит зависят от вида на морфологичния вариант на заболяването, доказан чрез бъбречна биопсия. Диагнозата се поставя и лечението се провежда в специализирана нефрологична клиника или отделение от специалисти - нефролози. Прилага се т. нар. патогенетично лечение с кортикостероиди, цитостатици и антикоагуланти по определени схеми. Наред с това се назначават лекарства, регулиращи кръвното налягане и отводняващи. Това лечение е продължително и често пъти се налага неколкостранно постъпване в болница. То се провежда съобразено с получените резултати.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото хронифициране с последващо влошаване на бъбречната функция до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар или лекаря нефролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение.

КП № 86 ЛЕЧЕНИЕ НА ХИСТОЛОГИЧНО ДОКАЗАНИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 86.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ХИСТОЛОГИЧНО ДОКАЗАНИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

При извършване на терапевтична афереза

Минимален болничен престой – 1 ден

минимална продължителност на процедурата - 2 часа;

максимална продължителност на процедурата - 8 часа;

кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Хипертоничен бъбрек [хипертонична бъбречна болест]

Включва: всяко състояние от рубриците N18.—, N19.— или N26.— в съчетание с
всяко състояние от рубриката I10

бъбречна атеросклероза

атеросклеротичен нефрит (хроничен)(интерстициален)

хипертонична нефропатия

нефросклероза

Не включва: вторична хипертония (I15.—)

I12.0 Хипертоничен бъбрек с бъбречна недостатъчност

Хипертонична бъбречна недостатъчност

I12.9 Хипертоничен бъбрек без бъбречна недостатъчност

Хипертоничен бъбрек БДУ

Остър нефритен синдром

Включва: остър(-ра):

- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: остър тубулоинтерстициален нефрит (N10)
нефритен синдром БДУ (N05.-)

N00.0 Остър нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N00.1 Остър нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

• хиалиноза

• склероза

Огнищен гломерулонефрит

N00.2 Остър нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N00.3 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N00.4 Остър нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

- N00.5 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)
- N00.6 Остър нефритен синдром - болест на плътните отлагания**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)
- N00.7 Остър нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит**
Екстракапилярен гломерулонефрит
- N00.8 Остър нефритен синдром - други изменения**
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Бързо прогресиращ нефритен синдром

Включва: бързо прогресиращ(-а):

- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит

Не включва: нефритен синдром БДУ (N05.—)

N01.0 Бързо прогресиращ нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N01.1 Бързо прогресиращ нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N01.2 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N01.3 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N01.4 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N01.5 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N01.6 Бързо прогресиращ нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N01.7 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N01.8 Бързо прогресиращ нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Рецидивираща и постоянна хематурия

Включва: хематурия:

- доброкачествена (фамилна) (детска)
- с морфологични увреждания, уточнени в .0—8

Не включва: хематурия БДУ (R31)

N02.0 Рецидивираща и постоянна хематурия - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N02.1 Рецидивираща и постоянна хематурия - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N02.2 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N02.3 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N02.4 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N02.5 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N02.6 Рецидивираща и постоянна хематурия - болест на плътните отлагания

Мембранопротропративен гломерулонефрит (тип 2)

N02.7 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен полулуенен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N02.8 Рецидивираща и постоянна хематурия - други изменения

Протропративен гломерулонефрит БДУ

Хроничен нефритен синдром

Включва:

хроничен(-на):

- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: хроничен тубулоинтерстициален нефрит (N11.—)

дифузен склерозиращ гломерулонефрит (N18.—)

нефритен синдром БДУ (N05.—)

N03.0 Хроничен нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N03.1 Хроничен нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N03.2 Хроничен нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N03.3 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиотропративен

гломерулонефрит

N03.4 Хроничен нефритен синдром - дифузен енкапилярен тротропративен

гломерулонефрит

N03.5 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранотропративен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N03.6 Хроничен нефритен синдром - болест на плътните отлагания

Мембранотропративен гломерулонефрит (тип 2)

N03.7 Хроничен нефритен синдром - дифузен полулуенен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N03.8 Хроничен нефритен синдром - други изменения

Протропративен гломерулонефрит БДУ

Нефрозен синдром

Включва:

вроден нефрозен синдром

липоидна нефроза

N04.0 Нефрозен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N04.1 Нефрозен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N04.2 Нефрозен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N04.3 Нефрозен синдром -дифузен мезангиотропративен гломерулонефрит

N04.4 Нефрозен синдром - дифузен енкапилярен тротропративен гломерулонефрит

N04.5 Нефрозен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранотропративен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N04.6 Нефрозен синдром - болест на плътните отлагания

Мембранотропративен гломерулонефрит (тип 2)

N04.7 Нефрозен синдром - дифузен полулуенен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N04.8 Нефрозен синдром - други изменения

Протропративен гломерулонефрит БДУ

Нефритен синдром, неуточнен

Включва: гломерулна болест }
гломерулонефрит } БДУ
нефрит }
нефропатия БДУ и бъбречна болест БДУ с морфологични
увреждания, уточнени в .0—8

Не включва: нефропатия БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
бъбречна болест БДУ с неустановено морфологично увреждане
(N28.9)
тубулоинтерстициален нефрит БДУ (N12)

N05.0 Нефритен синдром, неуточнен - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N05.1 Нефритен синдром, неуточнен - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N05.2 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мембранозен гломерулонефрит

**N05.3 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиопролиферативен
гломерулонефрит**

**N05.4 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен ендокапилярен пролиферативен
гломерулонефрит**

N05.5 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N05.6 Нефритен синдром, неуточнен - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N05.7 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N05.8 Нефритен синдром, неуточнен - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Гломерулни увреждания при болести, класифицирани другаде

Включва: нефропатия при болести, класифицирани другаде

Не включва: бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при болести,
класифицирани другаде (N16.—*)

N08.2* Гломерулни увреждания при болести на кръвта и имунни нарушения

Пурпура на Henoh – Schoenlein (D69.0†)

N08.3* Гломерулни увреждания при захарен диабет (E10—E14†)

**N08.4* Гломерулни увреждания при други болести на ендокринната система,
разстройства на храненето и на обмяната на веществата**

Амилоидоза (E85.-†)

N08.5* Гломерулни увреждания при системни болести на съединителната тъкан

Гломерулни увреждания при:

- синдром на Goodpasture (M31.0†)
- нодозен полиартериит (M30.0†)
- системен лупус еритематодес (M32.1†)
- тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1†)
- грануломатоза на Wegener (M31.3†)

Други тубулоинтерстициални болести на бъбреците

N15.8 Други уточнени тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците

**Тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците при болести, класифицирани
другаде**

**N16.4* Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при системни болести на
съединителната тъкан**

Системен лупус еритематодес (M32.1†)

Забележка: Кодовете на диагнози към рубриките **N08.2 - N08.5** и **N16.4** обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	Рентгенография на гръден кош Включва: бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум <i>Не включва:</i> такава на: <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
Друга рентгенография на пикочна система	
58700-00	Рентгенография на пикочни пътища Обзорна бъбречна графия Включва: мехур бъбреци уретер уретра <i>Не включва:</i> контрастна: <ul style="list-style-type: none"> • цистография (58718-00 [1979]) • цистоуретрография (58721-00 [1979]) • пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980]) • уретрография (58718-01 [1979])
Ултразвук на корем или таз	
55038-00	Ултразвук на пикочни пътища <i>Не включва:</i> такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943]) трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943]) ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])
55036-00	Ултразвук на корем Включва: сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1932	Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:

- 91920-01 Изследване на уринен седимент
- 91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
- 91920-06 Изследване на рН на урина
- 91920-07 Изследване за кетотела в урината
- 91920-08 Изследване на захар в уринна проба
- 91920-10 Изследване на относително тегло на урина
- 91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
- 91920-14 Изследване за белтък в урината
- 91920-10 Изследване на относително тегло на урина
- 91920-16 Изследване за билирубин в урината

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:

- 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
- 91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
- 91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
- 91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
- 91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин
- 91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
- 91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
- 91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
- 91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
- 91910-28 Креатинкиназа (КК)
- 91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
- 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
- 91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
- 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
- 91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
- 91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
- 91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
- 91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

По преценка:

- 91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM
- 91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG
- 91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA
- 91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента
- 91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента
- 91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум
- 91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел

1934 Други лабораторни изследвания

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
- 92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 92062-00 Приложение на друг серум
- Трансфузия на:

- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

13706-05 Приложение на гама глобулин
Инжектиране или трансфузия на:

- гама глобулин
- имуноглобулин
- Intragam

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96197-00 Мускулно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96200-00 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96201-00 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-11 Интравенозното приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти

Афереза

13750-00 Терапевтична плазмафереза

13750-04 Афереза на клетки

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Болни, при които не може да се проведе ПББ по медицински показания, но вече гломерулонефритът е диагностициран по клинични и лабораторни данни и са били еднократно хоспитализирани по КП № 85, при следващи хоспитализации да се отчитат по КП № 86.

НЗОК заплаща на лечебни заведения за дейности по провеждане на процедури за терапевтична афереза, при спазване на следните критерии:

Обем и обхват на дейностите по процедура „Терапевтична афереза“

1. Продължителност на процедура „Терапевтична афереза“

1.1. минимална продължителност на процедурата - 2 часа;

1.2. максимална продължителност на процедурата - 8 часа;

1.3. кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

За терапевтична афереза- 13750-00 и клетъчна афереза- 13750-04 се сключват договори с лечебни заведения, които са получавали заплащане с публични средства за тази дейност през 2018 г. и 2019г.

Терапевтична афереза се отчита както следва – с код 13750-00 лечебна плазмафереза и с код 13750-04 клетъчна афереза.

Клиничната пътека може да бъде отчетена само с един от кодовете за терапевтична афереза, ако се извършва само тази процедура. В тези случаи НЗОК заплаща само за извършената процедура (терапевтична афереза).

В случаите, в които при пациентите е необходимо да се извършат и други дейности (в рамките на тази клинична пътека, освен терапевтичната афереза), последните се отчитат със съответните кодове от таблица Основни процедури в изискуемия в ДЛА вид и брой.

2. Квалификация на екипа, провеждащ терапевтичната афереза:

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Нефрология", от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

или

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Анестезия и интензивно лечение", от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

3. Индикации за прилагане на „Терапевтичната афереза“:

При бъбречна трансплантация.

НЗОК заплаща на многопрофилни болници за активно лечение за афереза при наличие на разрешение за дейност и на:

1. поне една от следните структури с квалифициран за извършването на дейността персонал и с апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани/центрофуги за сепариране на форменните елементи на кръвта от плазмата или разделяне на видовете полипептиди в човешката плазма:

а) клиника/отделение по диализа – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Диализно лечение" или

б) клиника/отделение по анестезиология и/или интензивно лечение с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение";

2. разкрита структура по спешна медицина, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Спешна медицина";

3. разкрита структура по нефрология с III ниво на компетентност, съгласно съответните медицински стандарти;

4. медико-диагностични структури – клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;

5. наличието на апаратура и квалифициран персонал по т. 1 се удостоверява със съответните документи;

В случаите, при които пациентът се хоспитализира само за осъществяване на терапевтична афереза ЛЗ отчита медицинската процедура, като в отчетните документи се вписва клиничната пътека (КП № 86.1), диагнозата и кода на терапевтичната афереза код 13750-00 - клетъчна афереза 13750-04. В тези случаи се заплаща само тази медицинска процедура, като могат да се отчетат повече от една процедура в един отчетен период.

В случаите, при които в рамките на клиничната пътека се осъществяват и други медицински прегледи и процедури, освен афереза и са изпълнени изискванията за завършена терапевтична клинична пътека се заплаща КП и терапевтичната афереза.

При отчитане на код 13750-00 или 13750-04 НЗОК заплаща след проверка на дейността.

В цената на клиничната пътека се включват еднократни консумативи и медицински изделия, което е част от ДЛА на тази клинична пътека и подлежи на проверка.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нефрология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нефрология".

1. 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 нефрология или Клиника/отделение по вътрешни болести III-то ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II или III ниво с възможност за КГА, хемостазеология и др.
3. Рентгенов апарат за скопия и графия и ехографски апарат
4. Апаратура за пункционна бъбречна биопсия
5. Апаратура за терапевтична афереза – при отчитане на код 99.71 (99.76- клетъчна афереза)

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

2. 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. Лаборатория по клинична имунология
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Апаратура за плазмафереза
4. КТ/МРТ
5. Клиника/отделение по хемодиализа
6. Лаборатория по клинична микробиология

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- трима лекари с призната специалност по нефрология, един от които да има придобита квалификация за извършване на коремна ехография и един с допълнителна квалификация за извършване на бъбречна биопсия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.
- трима специалисти по „Нефрология“ за изпълнение на код *99.71 (99.76- клетъчна афереза)
или
- трима специалисти по „Анестезиология и интензивно лечение“ за изпълнение на код *99.71 (99.76- клетъчна афереза)

Изисквания за професионален опит на специалистите по „Нефрология“ и/или „Анестезиология и интензивно лечение“ при изпълнение на дейност с код *99.71/*99.76 - минимум 15 процедури на един от тези специалисти терапевтична афереза годишно, платени с публични средства през предходната година, удостоверено с документ.

Изисква се сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза поне за един специалист.

При бременни с гломерулонефрит лечението се осъществява в клиники/отделения по акушерство и гинекология под наблюдение на нефролог.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- нефротичен или нефритен синдром, с олигурия, хиперволемия, с или без прояви на белодробен и/или мозъчен оток, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение;
- остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна и/или диализна корекция на хомеостатичните параметри;

- микроскопска или макроскопска хематурия с или без протеинурия;
- изолирана постоянна протеинурия от различна степен;
- високостепенна протеинурия с отоци около очите и по крайниците или цялото тяло, със или без изливи в серозните кухини с клинично-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с повишени стойности на кръвното налягане;
- клинично-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с влошаване на бъбречната функция с покачване на остатъчно азотните тела;
- положителни имунологични изследвания (ANA, анти- DNK – антитела; C3, C4 фракции и др.);
- изразена морфологична активност в патоморфологичния резултат при ребиопсия, с или без съчетание с някои от изброените по - горе клинични и/или лабораторни показатели.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват до края на болничния престой.
3. Медико-диагностични изследвания се извършват по време на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинично-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

По преценка на лекуващия лекар се извършват следните медико-диагностични изследвания:

Биохимични: кръвна захар;

Електролити: калций, фосфор, калий, натрий, хлор;

Хемокоагулационни изследвания:

- време на кръвене, време на съсирване, протромбиново време;

- парциално тромбoplastиново време, кефалин - каолинов индекс /APTT/, фибриноген;

Имунологични изследвания (по преценка):

- хуморален имунитет - Ig G или Ig A или Ig M или Ig E или комплемент C3 или C4

C1 инхибитор;

- клетъчен имунитет - определяне на лимфоцитните популации: CD3+, CD3+8+, CD3+4+, CD19+, CD3-16+56+ и/или други специфични клетъчно – повърхностни лимфоцитни маркери;

- ANA, DNK – AT.

На активно патогенетично лечение в стационар подлежат пациенти с морфологично уточнено заболяване.

Патогенетично лечение - в лечебната схема се включват:

- кортикостероиди – в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози при хроничен гломерулонефрит.

Пулсовете могат да се повтарят според степента на повлияване на клиничните симптоми и лабораторни показатели.

Пероралното лечение се провежда с кортизонов перорален препарат в доза съобразно приетите стандарти, с последващо намаляване на дозата по индивидуална схема до пълното му спиране или преминаване на поддържащо лечение. Прилага се в интервалите между пулсовете и след това до пълното овладяване на клиничните симптоми и лабораторни показатели, понякога с продължителност до една година.

- цитостатици - в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози - съгласно правилата за добра медицинска практика.

В терапевтичната схема могат да бъдат включени и други цитостатици – самостоятелно или в комбинация, както и имunosупресори. При включване на Циклоспорин А е необходимо следене на кръвните нива на медикамента.

Кортикостероидите и имunosупресорите се прилагат в различни терапевтични схеми според хистологичната картина, тежестта на протичане на заболяването и степента на подтискане на активността му.

При необходимост (тежък нефротичен синдром и/или изявена морфологична и/или имунологична активност) се провежда терапия с:

- антикоагуланти – директни (хепарин, нискомолекулярни хепарини), индиректни;
- антиагреганти;
- вливане на биопродукти;
- плазмафереза по преценка.

Като допълнителна терапия могат да се прилагат и антилипемични средства и имуномодулация с човешки имуноглобулин, омега-3-ненаситени мастни киселини и други антиоксиданти.

Симптоматично лечение:

- антихипертензивно лечение;
- диуретично лечение.

При болни с хроничен гломерулонефрит - лечението трябва да бъде своевременно, комплексно и достатъчно продължително. Провежда се диетично, етиологично, патогенетично и симптоматично лечение.

Лечение на остър гломерулонефрит

- а) диетолечение – ограничаване на течности, NaCl, K, белтъци;
- б) дехидратираща терапия – диуретици;
- в) антихипертензивно лечение;
- г) антибактериално лечение по микробиологични показания.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- анамнестичните и клиничните прояви на заболяването - отоци по лицето и крайниците или цялото тяло, повишени стойности на артериалното налягане;
- наличието на характерни за гломерулонефрита лабораторни отклонения – макроскопска или микроскопска хематурия, протеинурия – различна по степен, хипопротеинемия с диспротеинемия, хиперлипидемия;
- възможни промени в хуморалния и клетъчен имунен статус (при вторични гломерулонефрити);
- чрез морфологично изследване на материал от проведена бъбречна биопсия.

Всяка нова хоспитализация при ГН (в рамките на различен отчетен период), която отговаря на някои от индикациите за хоспитализация се отчита като нова клинична пътека. В тези случаи нова бъбречна биопсия не е необходима и тя се назначава само по показания: неуспешна предходна биопсия или недостатъчен материал от бъбречна тъкан; преоценка на диагнозата и/или оценка на резултатите от продължително (няколко месеца) лечение.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- адаптирано патогенетично лечение;
- подобряване в клиничната и/или лабораторна находка (проследяване за протеинурия; уринен седимент, бъбречна функция – клирънс или креатинин);
- стабилизиране на АН и/или липса на оточен синдром.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Гломерулонефритите са група заболявания, които се характеризират с различни по вид и степен структурни и функционални промени, засягащи предимно гломерулите. Представяват остро или хронично двустранно, дифузно имунно възпаление на бъбреците. Могат да се проявят като самостоятелно заболяване (първични или идиопатични гломерулонефрити) или в хода на друго основно заболяване (вторични или съпътстващи гломерулонефрити – напр. при лупус еритематодес, болест на Шьонлайн – Хенох и др.). Диагнозата се поставя въз основа на клиничните прояви на болестта, лабораторните изследвания на кръв и урина и имунологичните показатели. За отдиференцирането на отделните видове гломерулонефрити и определянето на тежестта им е необходимо да се направи бъбречна биопсия. Тя до голяма степен определя вида и продължителността на лечението.

Клинично гломерулонефритите се проявяват с няколко общи, изразени в различна степен синдроми. Основните прояви са повишено кръвно налягане, отоци по лицето, краката или цялото тяло, поява на кръв и белтък в урината. Установяват се съответни промени в лабораторните показатели – ускорена утайка, намаляване на белтъците и увеличаване на мастите в кръвта. При някои пациенти може да се наблюдава преходно или трайно влошаване на бъбречната функция с покачване на стойностите на уреята и креатинина.

При навременното поставяне на диагнозата и провеждането на правилно лечение острият гломерулонефрит може да бъде излекуван. Само при малка част от пациентите заболяването може да хронифицира. Хроничният гломерулонефрит е с хронично рецидивиращ ход с различна продължителност на ремисиите. При неправилно лечение или липса на такова, заболяването може да прогресира и да доведе до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Възможностите за лечение и прогнозата на острия или хроничен гломерулонефрит зависят от вида на морфологичния вариант на заболяването, доказан чрез бъбречна биопсия. Диагнозата се поставя и лечението се провежда в специализирана нефрологична клиника или отделение от специалисти - нефролози. Прилага се т.нар. патогенетично лечение с кортикостероиди, цитостатици и антикоагуланти по определени схеми. Наред с това се назначават лекарства, регулиращи кръвното налягане и отводняващи. Това лечение е продължително и често пъти се налага неколккратно постъпване в болница. То се провежда съобразено с получените резултати.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото хронифициране с последващо влошаване на бъбречната функция до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар или лекаря нефролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение.

КП № 86 ЛЕЧЕНИЕ НА ХИСТОЛОГИЧНО ДОКАЗАНИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 86.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ХИСТОЛОГИЧНО ДОКАЗАНИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

При извършване на терапевтична афереза

Минимален болничен престой – 1 ден

минимална продължителност на процедурата - 2 часа;

максимална продължителност на процедурата - 8 часа;

кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър нефритен синдром

Включва:

остър(-ра):

- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: остър тубулоинтерстициален нефрит (N10)
нефритен синдром БДУ (N05.-)

N00.0 Остър нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N00.1 Остър нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N00.2 Остър нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N00.3 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

**N00.4 Остър нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен
гломерулонефрит**

N00.5 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N00.6 Остър нефритен синдром - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N00.7 Остър нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N00.8 Остър нефритен синдром - други изменения

Прролиферативен гломерулонефрит БДУ

Бързо прогресиращ нефритен синдром

Включва:

бързо прогресиращ(-а):

- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит

Не включва: нефритен синдром БДУ (N05.—)

N01.0 Бързо прогресиращ нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N01.1 Бързо прогресиращ нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N01.2 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N01.3 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N01.4 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N01.5 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N01.6 Бързо прогресиращ нефритен синдром - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N01.7 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N01.8 Бързо прогресиращ нефритен синдром - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Рецидивираща и постоянна хематурия

Включва: хематурия:

- доброкачествена (фамилна) (детска)
- с морфологични увреждания, уточнени в .0—8

Не включва: хематурия БДУ (R31)

N02.0 Рецидивираща и постоянна хематурия - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N02.1 Рецидивираща и постоянна хематурия - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N02.2 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N02.3 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N02.4 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N02.5 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N02.6 Рецидивираща и постоянна хематурия - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N02.7 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N02.8 Рецидивираща и постоянна хематурия - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Хроничен нефритен синдром

Включва: хроничен(-на):

- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: хроничен тубулоинтерстициален нефрит (N11.—)
дифузен склерозиращ гломерулонефрит (N18.—)
нефритен синдром БДУ (N05.—)

N03.0 Хроничен нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N03.1 Хроничен нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N03.2 Хроничен нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N03.3 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N03.4 Хроничен нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N03.5 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N03.6 Хроничен нефритен синдром - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N03.7 Хроничен нефритен синдром - дифузен полулуенен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N03.8 Хроничен нефритен синдром - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефрозен синдром

Включва: вроден нефрозен синдром
липоидна нефроза

N04.0 Нефрозен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N04.1 Нефрозен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N04.2 Нефрозен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N04.3 Нефрозен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N04.4 Нефрозен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N04.5 Нефрозен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N04.6 Нефрозен синдром - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N04.7 Нефрозен синдром - дифузен полулуенен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N04.8 Нефрозен синдром - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефритен синдром, неуточнен

Включва: гломерулна болест }
гломерулонефрит } БДУ
нефрит }
нефропатия БДУ и бъбречна болест БДУ с морфологични увреждания, уточнени в .0—.8

Не включва: нефропатия БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
бъбречна болест БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
тубулоинтерстициален нефрит БДУ (N12)

N05.0 Нефритен синдром, неуточнен - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N05.1 Нефритен синдром, неуточнен - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:

- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N05.2 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N05.3 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N05.4 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N05.5 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N05.6 Нефритен синдром, неуточнен - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N05.7 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен полулуенен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N05.8 Нефритен синдром, неуточнен - други изменения
Прролиферативен гломерулонефрит БДУ

Гломерулни увреждания при болести, класифицирани другаде

N08.2* Гломерулни увреждания при болести на кръвта и имунни нарушения
Пурпура на Henoh – Schoenlein (D69.0†)

N08.3* Гломерулни увреждания при захарен диабет (E10—E14†

N08.4* Гломерулни увреждания при други болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата
Амилоидоза(E85.-†)

N08.5* Гломерулни увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Гломерулни увреждания при:

- синдром на Goodpasture (M31.0†)
- нодозен полиартериит (M30.0†)
- системен лупус еритематодес (M32.1†)
- тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1†)
- грануломатоза на Wegener (M31.3†)

Други тубулоинтерстициални болести на бъбреците

N15.8 Други уточнени тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците

Тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците при болести, класифицирани другаде

N16.4* Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Системен лупус еритематодес(M32.1†)

Забележка: Кодовете на диагнози към рубриките **N08.2 - N08.5** и **N16.4** обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища

Обзорна бъбречна графия

Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра

Не включва: контрастна:

- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:

- 91920-01 Изследване на уринен седимент
- 91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
- 91920-06 Изследване на рН на урина
- 91920-07 Изследване за кетотела в урината
- 91920-08 Изследване на захар в уринна проба
- 91920-10 Изследване на относително тегло на урина
- 91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
- 91920-14 Изследване за белтък в урината
- 91920-10 Изследване на относително тегло на урина
- 91920-16 Изследване за билирубин в урината

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:

- 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
- 91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
- 91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
- 91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати

По преценка:

91923-01	Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02	Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03	Определяне на общи имуноглобулини IgA
91923-04	Определяне на С3 компонент на комплемента
91923-05	Определяне на С4 компонент на комплемента
91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-02	Флуоцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
13706-05	Приложение на гама глобулин Инжектиране или трансфузия на: • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam

Приложение на фармакотерапия

96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-11	Интравенозното приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза
13750-04	Афереза на клетки

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Болни, при които не може да се проведе ПББ по медицински показания, но вече гломерулонефритът е диагностициран по клинични и лабораторни данни и са били еднократно хоспитализирани по КП № 85, при следващи хоспитализации да се отчитат по КП № 86.

НЗОК заплаща на лечебни заведения за дейности по провеждане на процедури за терапевтична афереза, при спазване на следните критерии:

Обем и обхват на дейностите по процедура „Терапевтична афереза“

1. Продължителност на процедура „Терапевтична афереза“

1.1. минимална продължителност на процедурата - 2 часа;

1.2. максимална продължителност на процедурата - 8 часа;

1.3. кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

За терапевтична афереза- 13750-00 и клетъчна афереза- 13750-04 се сключват договори с лечебни заведения, които са получавали заплащане с публични средства за тази дейност през 2018 г. и 2019г.

Терапевтична афереза се отчита както следва – с код 13750-00 лечебна плазмафереза и с код 13750-04 клетъчна афереза.

Клиничната пътека може да бъде отчетена само с един от кодовете за терапевтична афереза, ако се извършва само тази процедура. В тези случаи НЗОК заплаща само за извършената процедура (терапевтична афереза).

В случаите, в които при пациентите е необходимо да се извършат и други дейности (в рамките на тази клинична пътека, освен терапевтичната афереза), последните се отчитат със съответните кодове от таблица Основни процедури в изискуемия в ДЛА вид и брой.

2. Квалификация на екипа, провеждащ терапевтичната афереза:

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Детска нефрология", от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

или

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Анестезия и интензивно лечение", от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

3. Индикации за прилагане на „Терапевтичната афереза“:

При бъбречна трансплантация.

НЗОК заплаща на многопрофилни болници за активно лечение за афереза при наличие на разрешение за дейност и на:

1. поне една от следните структури с квалифициран за извършването на дейността персонал и с апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани/центрофуги за сепариране на форменните елементи на кръвта от плазмата или разделяне на видовете полипептиди в човешката плазма:

а) клиника/отделение по диализа – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Диализно лечение" или

б) клиника/отделение по анестезиология и/или интензивно лечение с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение";

2. разкрита структура по спешна медицина, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Спешна медицина";

3. разкрита структура по детска нефрология/педиатрия с III ниво на компетентност, съгласно съответните медицински стандарти;

4. медико-диагностични структури – клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;

5. наличието на апаратура и квалифициран персонал по т. 1 се удостоверява със съответните документи;

В случаите, при които пациентът се хоспитализира само за осъществяване на терапевтична афереза ЛЗ отчита медицинската процедура, като в отчетните документи се вписва клиничната пътека (КП № 86.2), диагнозата и кода на терапевтичната афереза код 13750-00. В тези случаи се заплаща само тази медицинска процедура, като могат да се отчетат повече от една процедура в един отчетен период.

В случаите, при които в рамките на клиничната пътека се осъществяват и други медицински прегледи и процедури, освен афереза и са изпълнени изискванията за завършена терапевтична клинична пътека се заплаща КП и терапевтичната афереза.

При отчитане на код 13750-00 или 13750-04 НЗОК заплаща след проверка на дейността.

В цената на клиничната пътека се включват еднократни консумативи и медицински изделия, което е част от ДЛА на тази клинична пътека и подлежи на проверка.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването”.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска нефрология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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 детска нефрология или

Клиника/отделение по педиатрия - III-то ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II или III ниво с възможност за КГА, хемостазеология и др.
3. Рентгенов апарат за скопия и графия и ехографски апарат
4. Апаратура за терапевтична афереза – при отчитане на код 99.71 (99.76- клетъчна афереза)

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по детска нефрология.

2. 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. Лаборатория по клинична имунология
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Апаратура за плазмафереза
4. КТ/МРТ
5. Клиника/отделение по хемодиализа
6. Лаборатория по клинична микробиология

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

- четирима лекари със специалност по педиатрия. От лекарите със специалност педиатрия най-малко един има допълнителна квалификация за извършване на ехография и най-малко двама да са с придобита втора специалност с педиатрична насоченост, поне един от тях да има специалност по детска нефрология.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.
- трима специалисти по „Детска нефрология“ за изпълнение на код *99.71 (99.76) или
- трима специалисти по „Анестезиология и интензивно лечение“ за изпълнение на код *99.71 (99.76)

Изисквания за професионален опит на специалистите по „Детска нефрология“ и/или „Анестезиология и интензивно лечение“ при изпълнение на дейност с код *99.71/*99.76 - минимум 15 процедури на един от тези специалисти терапевтична афереза годишно, платени с публични средства през предходната година, удостоверено с документ.

Изисква се сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза поне за един специалист.

Бъбречно трансплантирани деца могат да бъдат лекувани в клиника по нефрология и трансплантация за възрастни, като при необходимост се прави консултация с детски нефролог.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- нефротичен или нефритен синдром, с олигурия, хиперволемиа, с или без прояви на белодробен и/или мозъчен оток, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение;
- остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна и/или диализна корекция на хомеостатичните параметри;
- микроскопска или макроскопска хематурия с или без протеинурия;
- изолирана постоянна протеинурия от различна степен;
- високостепенна протеинурия с отоци около очите и по крайниците или цялото тяло, със или без изливи в серозните кухини с клинично-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с повишени стойности на кръвното налягане;
- клинично-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с влошаване на бъбречната функция с покачване на остатъчно азотните тела;
- положителни имунологични изследвания (ANA, анти- DNK - антитела; C3, C4 фракции и др.);
- изразена морфологична активност в патоморфологичния резултат при ребиопсия, с или без съчетание с някои от изброените по-горе клинични и/или лабораторни показатели;
- хоспитализация за провеждане на пореден цитостатичен пулс според лечебната схема, независимо дали болният е с рецидив или в ремисия на заболяването.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват до края на болничния престой.

3. Медико-диагностични изследвания се извършват по време на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинично-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

По преценка на лекуващия лекар се извършват следните медико-диагностични изследвания:

Биохимични: кръвна захар;

Електролити: калций, фосфор, калий, натрий, хлор;

Хемокоагулационни изследвания:

- време на кръвене, време на съсирване, протромбиново време,
- парциално тромбoplastиново време, кефалин- каолинов индекс/APTT/, фибриноген.

Имунологични изследвания (по преценка):

- хуморален имунитет - Ig G ,Ig A и Ig M и комплемент C3, а C4 и C1 - по преценка, ANA, Anti DNA, ANCA, anti GBM – по преценка;
- клетъчен имунитет – определяне на лимфоцитните популации: CD3+, CD3+8+, CD3+4+, CD19+, CD3-16+56+ и/или други специфични клетъчно - повърхностни лимфоцитни маркери.

На активно патогенетично лечение в стационар подлежат пациенти с морфологично уточнено заболяване.

Патогенетично лечение - в лечебната схема се включват:

- кортикостероиди – в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози при хроничен гломерулонефрит.

Пулсовете могат да се повтарят неколккратно в двуседмични интервали според степента на повлияване на клиничните симптоми и лабораторни показатели.

Пероралното лечение се провежда с кортизонов перорален препарат в доза съобразно приетите стандарти, с последващо намаляване на дозата по индивидуална схема до пълното му спиране или преминаване на поддържащо лечение. Прилага се в интервалите между пулсовете и след това до пълното овладяване на клиничните симптоми и лабораторни показатели, понякога с продължителност до една година.

- цитостатици - в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози - съгласно правилата за добра медицинска практика.

В терапевтичната схема могат да бъдат включени и други цитостатици – самостоятелно или в комбинация, както и имunosупресори.

Кортикостероидите и имunosупресорите се прилагат в различни терапевтични схеми според хистологичната картина, тежестта на протичане на заболяването и степента на подтискане на активността му.

При необходимост (тежък нефротичен синдром и/или изявена морфологична и/или имунологична активност) се провежда терапия с:

- антикоагуланти – директни (хепарин, нискомолекулярни хепарини), индиректни;
- антиагреганти;
- вливане на биопродукти;
- плазмафереза по преценка.

Като допълнителна терапия могат да се прилагат и антилипемични средства и имуномодулация с човешки имуноглобулин, омега-3-ненаситени мастни киселини и други антиоксиданти.

Симптоматично лечение:

- антихипертензивно лечение;
- диуретично лечение.

При болни с хроничен гломерулонефрит - лечението трябва да бъде своевременно, комплексно и достатъчно продължително. Провежда се диетично, етиологично, патогенетично и симптоматично лечение.

Лечение на остър гломерулонефрит:

- а) диетолечение – ограничаване на течности, NaCl, K, белтъци;
- б) дехидратираща терапия – диуретици;
- в) антихипертензивно лечение;
- г) антибактериално лечение по микробиологични показания.

Забележка: При чист нефротичен синдром, при рецидивираща и постоянна хематурия, при остър постинфекциозен гломерулонефрит и при документиран медицински противопоказание, биопсията в детската възраст не е задължителна.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- анамнестичните и клиничните прояви на заболяването - отоци по лицето и крайниците или цялото тяло, повишени стойности на артериалното налягане;
- наличието на характерни за гломерулонефрита лабораторни отклонения – макроскопска или микроскопска хематурия, протеинурия - различна по степен, хипопротеинемия с диспротеинемия, хиперлипидемия;
- възможни промени в хуморалния и клетъчен имунен статус (при вторични гломерулонефрити);
- чрез морфологично изследване на материал от проведена бъбречна биопсия.

Всяка нова хоспитализация при ГН (в рамките на различен отчетен период), която отговаря на някои от индикациите за хоспитализация се отчита като нова клинична пътека. В тези случаи нова бъбречна биопсия не е необходима и тя се назначава само по показания: неуспешна предходна биопсия или недостатъчен материал от бъбречна тъкан; преоценка на диагнозата и/или оценка на резултатите от продължително (няколко месеца) лечение.

3. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- адаптирано патогенетично лечение;
- подобряване в клиничната и/или лабораторна находка (проследяване за протеинурия; уринен седимент; бъбречна функция – клирънс или креатинин);
- стабилизиране на АН и/или липса на оточен синдром.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Гломерулонефритите са група заболявания, които се характеризират с различни по вид и степен структурни и функционални промени, засягащи предимно гломерулите. Представяват остро или хронично двустранно, дифузно имунно възпаление на бъбреците. Могат да се проявят като самостоятелно заболяване (първични или идиопатични гломерулонефрити) или в хода на друго основно заболяване (вторични или съпътстващи гломерулонефрити – напр. при лупус еритематодес, болест на Шьонлайн – Хенох и др.). Диагнозата се поставя въз основа на клиничните прояви на болестта, лабораторните изследвания на кръв и урина и имунологичните показатели. За отдиференцирането на отделните видове гломерулонефрити и определянето на тежестта им е необходимо да се направи бъбречна биопсия. Тя до голяма степен определя вида и продължителността на лечението.

Клинично гломерулонефритите се проявяват с няколко общи, изразени в различна степен синдроми. Основните прояви са повишено кръвно налягане, отоци по лицето, краката или цялото тяло, поява на кръв и белтък в урината. Установяват се съответни промени в лабораторните показатели – ускорена утайка, намаляване на белтъците и увеличаване на мастите в кръвта. При някои пациенти може да се наблюдава преходно или трайно влошаване на бъбречната функция с покачване на стойностите на уреята и креатинина.

При навременното поставяне на диагнозата и провеждането на правилно лечение острият гломерулонефрит може да бъде излекуван. Само при малка част от пациентите заболяването може да хронифицира. Хроничният гломерулонефрит е с хронично рецидивиращ ход с различна продължителност на ремисиите. При неправилно лечение или липса на такова, заболяването може да прогресира и да доведе до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Възможностите за лечение и прогнозата на острия или хроничен гломерулонефрит зависят от вида на морфологичния вариант на заболяването, доказан чрез бъбречна биопсия. Диагнозата се поставя и лечението се провежда в специализирана нефрологична клиника или отделение от специалисти – нефролози. Прилага се т.нар. патогенетично лечение с кортикостероиди, цитостатици и антикоагуланти по определени схеми. Наред с това се назначават лекарства, регулиращи кръвното налягане и отводняващи. Това лечение е продължително и често пъти се налага неколккратно постъпване в болница. То се провежда съобразено с получените резултати.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото хронифициране с последващо влошаване на бъбречната функция до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар или лекаря нефролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение.

КП № 87 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

КП № 87.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остра бъбречна недостатъчност

N17.0 Остра бъбречна недостатъчност с тубулна некроза

Тубулна некроза:

- БДУ
- остра
- бъбречна

N17.1 Остра бъбречна недостатъчност с остра кортикална некроза

Кортикална некроза:

- БДУ
- остра
- бъбречна

N17.8 Друга остра бъбречна недостатъчност

Усложнения в послеродовия период, неклассифицирани другаде

O90.4 Остра бъбречна недостатъчност след раждането

Хепаторенален синдром, съпровождащ раждането

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Ретроградна рентгенография на отделителна система

58715-01 Ретроградна пиелография

58721-00 Ретроградна микционна цистоуретрография

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища

Обзорна бъбречна графия

Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра

Не включва: контрастна:

- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
Антибиограма

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06 Изследване на рН на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

91920-14 Изследване за белтък в урината

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-16 Изследване за билирубин в урината

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

13311-00 измерване на газове на смесена венозна кръв

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микробиологично изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва всяко едно от следните:

- 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
- 91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
- 91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
- 91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
- 91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин
- 91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
- 91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
- 91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
- 91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
- 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
- 91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
- 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
- 91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
- 91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
- 91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
- 91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
- 91910-08 Изследване на време на кръвене
- 91910-09 Изследване на протромбиново време
- 91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
- 91910-11 Изследване на фибриноген

По преценка:

- 91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM
- 91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG
- 91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA
- 91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента
- 91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента
- 91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум
- 91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел

- Други диагностични тестове, измервания или изследвания

- 91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
антибиограма

1934 Други лабораторни изследвания

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
- 92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
 - еритроцити
 - опаковани клетки
 - червени кръвни клетки
- 13706-03 Приложение на тромбоцити

	<p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92061-00	<p>Приложение на кръвосъсирващи фактори</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	<p>Приложение на друг серум</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	<p>Приложение на кръвен експандер</p> <p>Разреждане на кръвта</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители • Dextran • Rheomacrodex
92064-00	<p>Приложение на друг кръвен продукт</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити
- Приложение на фармакотерапия	
	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нефрология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нефрология" и медицински стандарт "Диализно лечение".

1. 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 нефрология или Клиника/отделение по вътрешни болести II-ро ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
3. Ехографски апарат
4. Клиника/отделение по хемодиализа

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

2. 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. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КТ/МРТ
3. Рентгенов апарат за скопия и графия
4. Лаборатория по клинична микробиология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари, от които поне един с призната специалност по нефрология и един с призната специалност по вътрешни болести или нефрология. Един от лекарите с призната специалност по нефрология или по вътрешни болести трябва да има придобита квалификация за извършване на коремна ехография;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Съчетание на някои от следните симптоми:

- олиго- или анурия;
- хиперкалиемия;
- динамично повишаващи се стойности на креатинин и урея над референтните стойности за съответната лаборатория;
- отклонения в АКС с данни за метаболитна ацидоза.

Всеки пациент с ОБН – независимо от обема на диуреза, като се изключват случаите с необходимост за изкуствена вентилация или ранен следоперативен период.

За проследяване степента на възстановяване на бъбречната функция.

За подготовка и въвеждане в програмна диализа (хемо-, перитонеална) при невъзстановяване на функцията.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват до края на болничния престой.

3. Медико-диагностични изследвания се извършват по време на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинично-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

Лечението цели да се премахне причината за ОБН, да се поддържа бъбречната функция и хомеостазата, като при нужда се прилагат извънбъбречни методи за почистване на кръвта.

Вливане на водно-солеви разтвори и кръвнозаместителни течности за поддържане на еуволемия.

Диуретици - при диуретичен отговор.

Парентерално хранене.

Антибиотици.

Антианемично лечение, вкл. и с кръвопреливане.

Корекции на алкално-киселинния дисбаланс и електролитните отклонения.

Прилагане на извънбъбречно почистване на кръвта - интермитентна хемодиализа, постоянна нискодебитна хемофилтрация, сорбентна хемоперфузия и пр.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на съчетание на бързо настъпила азотна ретенция с някои от следните клинични и лабораторни отклонения:

- олиго-анурия;
- хипертония;
- хиперхидратация;
- хиперкалиемия;
- ацидоза.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът може да бъде дехоспитализиран след повлияване на клиничните оплаквания и подобряване на лабораторните показатели.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в

ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

**ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ОСТРА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ (ОБН)**

ОБН представлява остро (за часове и дни от изходна норма) влошаване на бъбречната функция, поради различни причини като: шокови състояния, хирургически интервенции, инфекции, отравяния и др. Много често ОБН се проявява в хода на пролежаването в интензивно или друго отделение във връзка с горните състояния и началните фази на ОБН много често се маскират от шока, следоперативния период и др. Впоследствие количеството на урината може да намалее до спиране с развитие на тежка, животозаплахваща симптоматика.

Лечението се извършва задължително в болнични условия, като преди всички се полагат усилия за премахване на причиняващия фактор, която мярка сама по себе си може да подобри бъбречната функция. Редовно се налагат вливания, диуретици, антибиотици и други средства, назначени от лекуващия лекар. При определени показания се извършват хемодиализни процедури, които могат да имат животоспасяващ ефект до възстановяване на уриноотделянето.

Прогнозата на ОБН може да бъде добра с пълно възстановяване на бъбреците, ако се проведе навреме съответното лечение. Възможен е и смъртен изход (в малък процент от случаите), както и хронифициране, което налага системно наблюдение от нефролог след преминаване на острите прояви.

КП № 87 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

КП № 87.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остра бъбречна недостатъчност

N17.0 Остра бъбречна недостатъчност с тубулна некроза

Тубулна некроза:

- БДУ
- остра
- бъбречна

N17.1 Остра бъбречна недостатъчност с остра кортикална некроза

Кортикална некроза:

- БДУ
- остра
- бъбречна

N17.8 Друга остра бъбречна недостатъчност

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Компютърна томография на корем и таз

Включва: кост
бъбрек, уретер и мехур
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56501-00 Компютърна томография на корем и таз

56507-00 Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст

Интравенозна пиелография [IVP]	
	Инфузионна пиелография <i>Включва:</i> предварителен общ план томография 58706-00 Интравенозна пиелография
Ретроградна рентгенография на отделителна система	
58715-01	Ретроградна пиелография
58721-00	Ретроградна микционна цистоуретрография
Друга рентгенография на пикочна система	
58700-00	Рентгенография на пикочни пътища Обзорна бъбречна графия <i>Включва:</i> мехур бъбреци уретер уретра <i>Не включва:</i> контрастна: <ul style="list-style-type: none"> • цистография (58718-00 [1979]) • цистоуретрография (58721-00 [1979]) • пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980]) • уретрография (58718-01 [1979])
Ултразвук на корем или таз	
55038-00	Ултразвук на пикочни пътища <i>Не включва:</i> такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943]) трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943]) ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])
55036-00	Ултразвук на корем <i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1932 Изследвания на урина	
Включва всяко едно от следните:	
91920-02	Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура Антибиограма
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-14	Изследване за белтък в урината

91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-16	Изследване за билирубин в урината
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
<i>Не включва:</i> амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854]) тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ]
Друго измерване на дихателна функция	
13311-00	измерване на газове на смесена венозна кръв
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
Включва всяко едно от следните:	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
По преценка:	
91923-01	Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02	Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03	Определяне на общи имуноглобулини IgA
91923-04	Определяне на C3 компонент на комплемента
91923-05	Определяне на C4 компонент на комплемента
91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-02	Флуоцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91920-02	Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
антибиограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити

Трансфузия на:

- тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори

Трансфузия на:

- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:

- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер

Разреждане на кръвта

Трансфузия на:

- кръвозаместители
- Dextran
- Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

Трансфузия на:

- кръвни заместители
- гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
- хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противинфекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противинфекциозен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, с изключение на тези с кодове 58500-00, 11700-00 и 91920-02 и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и медицинската специалност "Детска нефрология", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия" и медицински стандарт "Диализно лечение".

1. 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 детска нефрология или Клиника/отделение по педиатрия - II-ро ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
3. Ехографски апарат
4. Клиника/отделение по хемодиализа

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

2. 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. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КТ/МРТ
3. Рентгенов апарат за скопия и графия
4. Лаборатория по клинична микробиология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари със специалност по педиатрия, като един от тях да е работещ в областта на нефрологията и/или диализата при деца до 18 години или да има специалност по детска нефрология. Един от лекарите с призната специалност по педиатрия да има придобита квалификация за извършване на ехография.

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Забележка: Лечението на деца с тежка ОБН се извършва в университетска клиника от специалист по детска нефрология с възможност за провеждане на диализно лечение.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Съчетание на някои от следните симптоми:

- олиго или анурия;
- хиперкалиемия;
- динамично повишаващи се стойности на креатинин и урея над референтните стойности за съответната лаборатория;
- отклонения в АКС с данни за метаболитна ацидоза.

Всеки пациент с ОБН – независимо от обема на диуреза, като се изключват случаите с необходимост за изкуствена вентилация или ранен следоперативен период.

За проследяване степента на възстановяване на бъбречната функция.

За подготовка и въвеждане в програмна диализа (хемо-, перитонеална) при невъзстановяване на функцията.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) се извършват до края на болничния престой.

3. Ако се налагат рентгенови изследвания, те се извършват в хода на болничния престой на пациента.

Контролни клинично-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

Лечението цели да се премахне причината за ОБН, да се поддържа бъбречната функция и хомеостазата, като при нужда се прилагат извънбъбречни методи за очистване на кръвта.

Вливане на водно-солеви разтвори и кръвнотаместителни течности за поддържане на еуволемия.

Диуретици - при диуретичен отговор.

Парентерално хранене.

Антибиотици.

Антианемично лечение, вкл. и с кръвопреливане.

Корекции на алкално-киселинния дисбаланс и електролитните отклонения.

Прилагане на извънбъбречно очистване на кръвта-интермитентна хемодиализа, постоянна нискодебитна хемофилтрация, сорбентна хемоперфузия и пр.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на съчетание на бързо настъпила азотна ретенция с някои от следните клинични и лабораторни отклонения:

- олиго-анурия;
- хипертония;
- хиперхидратация;
- хиперкалиемия;
- ацидоза.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът може да бъде дехоспитализиран след повлияване на клиничните оплаквания и подобряване на лабораторните показатели.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТРА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ (ОБН)

ОБН представлява остро (за часове и дни от изходна норма) влошаване на бъбречната функция, поради различни причини като: шокови състояния, хирургически интервенции, инфекции, отравяния и др. Много често ОБН се проявява в хода на пролежаването в интензивно или друго отделение във връзка с горните състояния и началните фази на ОБН много често се маскират от шока, следоперативния период и др. Впоследствие количеството на урината може да намалее до спиране с развитие на тежка, животозаплашваща симптоматика.

Лечението се извършва задължително в болнични условия, като преди всички се полагат усилия за премахване на причиняващия фактор, която мярка сама по себе си може да подобри бъбречната функция. Редовно се налагат вливания, диуретици, антибиотици и други средства, назначени от лекуващия лекар. При определени показания се извършват хемодиализни процедури, които могат да имат животоспасяващ ефект до възстановяване на уриноотделянето.

Прогнозата на ОБН може да бъде добра с пълно възстановяване на бъбреците, ако се проведе навреме съответното лечение. Възможен е и смъртен изход (в малък процент от случаите), както и хронифициране, което налага системно наблюдение от нефролог след преминаване на острите прояви.

КП № 88 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

КП № 88.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Придобита хемолитична анемия

D59.3 Хемолитично-уремичен синдром

Анемия при хронични болести, класифицирани другаде

D63.8* Анемия при други хронични заболявания, класифицирани другаде

Хронична бъбречна недостатъчност

Включва: хронична уремия
дифузен склерозиращ гломерулонефрит

N18.0 Терминален стадий на бъбречна болест

N18.8 Други прояви на хронична бъбречна недостатъчност

Уремични:

- невропатия† (G63.8*)

- перикардит† (I32.8*)

Уремичен плеврит

Уремичен бял дроб

Уремичен асцит

Уремичен гастро – ентероколит.

Уремична енцефалопатия без мозъчен инсулт

Синдром на дисеквилибриум.

Изразени електролитни нарушения с клинични прояви.

Изразена малнутриция

Усложнения на перитонеалната диализа.

Сърдечно - съдови усложнения при уремия.

Метаболитна ацидоза.

Новооткрита хронична бъбречна недостатъчност

N18.9 Хронична бъбречна недостатъчност, неуточнена

Не включва:

Остра бъбречна недостатъчност N17.0

Остър нефритен синдром N 00

Обструктивна и рефлуксна нефропатия N13

N19 Бъбречна недостатъчност, неуточнена

Уремия БДУ

Не включва: бъбречна недостатъчност с хипертония (I12.0)

уремия на новородено (P96.0)

- Остра бъбречна недостатъчност N17.0

- Остър нефритен синдром N 00

- Обструктивна и рефлуксна нефропатия N13

Забележка: Кодът на диагноза към рубриката **D63**, обозначен със знака (*) не може да се използва самостоятелно, а изисква основен код за диагноза, посочен в скобите след него и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища

Обзорна бъбречна графия

Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра

Не включва: контрастна:

- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
Антибиограма

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-14	Изследване за белтък в урината
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-16	Изследване за билирубин в урината

Друго измерване на дихателна функция

13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
----------	---

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-36	Клинично-химични изследвания за Желязо
91910-37	Клинично-химични изследвания за ЖСК
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-38	Клинично-химични изследвания за хлориди

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02	Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност Включва: урокултура антибиограма
----------	---

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**. Една от трите диагностични процедури задължително е образно изследване.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ..

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нефрология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нефрология".

1. 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 нефрология или Клиника/отделение по вътрешни болести - II-ро ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА

3. Ехографски апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

2. 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. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КТ/МРТ
3. Рентгенов апарат за скопия и графия
4. Клиника/отделение по хемодиализа
5. Лаборатория по клинична микробиология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

- четирима лекари, от които поне един с призната специалност по нефрология и един с призната специалност по вътрешни болести или нефрология. Един от лекарите с призната специалност по нефрология или по вътрешни болести трябва да има придобита квалификация за извършване на ехография;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Олигурия, хиперволемиа със или без прояви на белодробен или мозъчен оток, рефрактерна на лечение уремична кардиомиопатия с прояви на левостранна сърдечна слабост, ритъмни и проводни нарушения, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение.
- Остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна или диализна корекция на хомеостатичните параметри.

- Уремичен перикардит с прояви на сърдечна тампонада.
- Новооткрита хронична бъбречна недостатъчност.
- Терминална хронична бъбречна недостатъчност за подготовка и включване на хемодиализно и перитонеално диализно лечение.
- Влошаване на съществуваща бъбречна недостатъчност с клинични прояви
- Ренална анемия
- Тежка метаболитна ацидоза свързана с хроничната бъбречна недостатъчност.
- Тежки електролитни нарушения.
- Изразен хиперхидратационен синдром при хронична бъбречна недостатъчност с прояви на сърдечна декомпенсация, белодробен и мозъчен едем.
- Малигнизация на артериална хипертония при ХБН.
- Синдром на дисеквилибриум.
- Уремичен перикардит.
- Рефрактерна на лечение в амбулаторни условия уремична кардиомиопатия.
- Уремичен бял дроб.
- Клинично изявен уремичен гастро ентероколит, нефрогенен асцит.
- Усложнения на перитонеалната диализа - диализен перитонит, тежка малнютриция (хипопротеинемия) и др.
- Усложнения свързани с временния и/или постоянен съдов достъп (кървене, инфекция, тромбоза, нарушаване на целостта на катетър и/или AV фистула, респективно съдови протези и др.)

Всеки от горепосочените синдроми само в съчетание с влошаване на бъбречната функция и повишаване на остатъчно азотните тела, подлежат на хоспитализация.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват до края на болничния престой.

3. Медико-диагностични изследвания се извършват в хода на хоспитализацията на пациента.

Забележка: Контролни клинично-лабораторни и/или образни изследвания се извършват задължително до края на болничния престой на пациента.

Лечението е симптоматично и патогенетично (в по-ранните стадии на ХБН), прилагат се методи на извънбъбречно почистване на кръвта и органзаместващо.

СИМПТОМАТИЧНО:

1. Диетолечение – ниско белтъчен хранителен режим, парентерално хранене, хранене при болни на диализа.

2. Антихипертензивно лечение.

3. Корекция на водно – електролитния баланс и Ca/P баланс – диуретична терапия, корекция на отклоненията в серумния калий, и др.

4. Корекция на АКР.

5. Антианемично лечение.

ПАТОГЕНЕТИЧНО:

При дифузни заболявания на бъбреците – имунни и автоимунни нефропатии и тубулоинтестерциални нефрити - кортикостероиди, цитостатици, имуносупресори, антикоагуланти и др. При бактериални инфекции на пикочните пътища – антибактериално лечение.

ИЗВЪНБЪБРЕЧНИ МЕТОДИ НА ОЧИСТВАНЕ НА КРЪВТА: хемодиализа, хемофилтрация, перитонеална диализа и др.

ОРГАНОЗАМЕСТВАЩО: трансплантация от жив родствен или трупен орган – пре- и постоперативно консервативно наблюдение и лечение на пациента.

Основни групи медикаменти:

- диуретици;
- антихипертензивни средства;
- антибиотици;
- антикоагуланти;
- антиагреганти;
- кръв и биопродукти;
- водносолеви разтвори.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клиничната картина, инструменталните (ехография, рентген) и лабораторни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- овладяна симптоматика и подобряване на състоянието;
- назначаване на оптимизирана терапия;
- проследяване на стойностите на остатъчни азотни тела.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ (ХБН)

ХБН представлява комплекс от симптоми, предизвикани от хроничното (с месеци и години) прогресиращо ограничение на бъбречната функция (отделителна и ендокринна). В основата му стоят хронични промени в двата или единствения бъбрек като резултат на диабетно заболяване, повишено кръвно налягане с бъбречно засягане, хроничен гломерулонефрит, хроничен пиелонефрит, бъбречна поликистоза и други. Проявите на синдрома могат да бъдат от едва доловими до крайно тежко животозапращаващо състояние. Типични са повишения обем 24-часова урина, нощно уриниране, анемия, покачено кръвно налягане, повишени кръвни нива на уреята, креатинина и други.

Лечението в по-леките степени е консервативно, т.е. придържане към ниско-белтъчна диета, понижаващи кръвното налягане средства, Еритропоедин, калциеви препарати и пр. За доказване обостряне на основното бъбречно заболяване може да се наложи бъбречна биопсия със съответно лечение, урологични процедури и средства против пикочните инфекции.

При силно ограничена бъбречна функция трябва да се започне хронична хемоперитонеална диализа, като за предпочитане е това да стане планово (след диспансерно наблюдение), пред спешно такова. Това лечение няма алтернатива, т.е. то е животоспасяващо. Чрез успешното му прилагане, с активното участие на пациента може да се постигнат много години удължаване на живота, който да се води при задоволително качество.

Болните на хронично диализно лечение и много рядко непосредствено преди неговото започване са кандидати за бъбречна трансплантация – другата възможност за лечение на крайната ХБН. Става въпрос за хирургическо присаждане на бъбрек, който е взет от жив родствен или трупен донор.

Наред с благоприятните резултати, както в консервативната, така и в диализно-трансплантационната фаза са възможни и тежки усложнения, вкл. и животозапращаващи. За тяхното предотвратяване голяма роля има и пациента с неговото съзнателно участие в лечебно-диагностичния процес.

КП № 88 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

КП № 88.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Придобита хемолитична анемия

D59.3 Хемолитично-уремичен синдром

Анемия при хронични болести, класифицирани другаде

D63.8* Анемия при други хронични заболявания, класифицирани другаде

Хронична бъбречна недостатъчност

Включва: хронична уремия
дифузен склерозиращ гломерулонефрит

N18.0 Терминален стадий на бъбречна болест

N18.8 Други прояви на хронична бъбречна недостатъчност

Уремични:

- невропатия† (G63.8*)

- перикардит† (I32.8*)

Уремичен плеврит

Уремичен бял дроб

Уремичен асцит

Уремичен гастро – ентероколит.

Уремична енцефалопатия без мозъчен инсулт

Синдром на дисеквilibrium.

Изразени електролитни нарушения с клинични прояви.

Изразена малнутриция

Усложнения на перитонеалната диализа.

Сърдечно - съдови усложнения при уремия.

Метаболитна ацидоза.

Новооткрита хронична бъбречна недостатъчност

N18.9 Хронична бъбречна недостатъчност, неуточнена

Не включва:

Остра бъбречна недостатъчност N17.0

Остър нефритен синдром N 00

Обструктивна и рефлуксна нефропатия N13

N19 Бъбречна недостатъчност, неуточнена

Уремия БДУ

Не включва: бъбречна недостатъчност с хипертония (I12.0)

уремия на новородено (P96.0)

- Остра бъбречна недостатъчност N17.0

- Остър нефритен синдром N 00

- Обструктивна и рефлуксна нефропатия N13

Усложнения, свързани с пикочо-полови протезни устройства, импланти и трансплантати

Не включва: смърт и отхвърляне на присадени органи и тъкани (T86.—)

T83.2 Усложнение от механичен произход, свързано с трансплантация на пикочен

	орган Състояния, кодирани в рубрика T82.0, дължащи се на трансплантация на пикочен орган
T83.5	Инфекция и възпалителна реакция, обусловени от протезни устройства, имплантати и трансплантати на пикочната система
T83.8	Други усложнения, свързани с пикочо-полови протезни устройства, имплантати и трансплантати Състояния, кодирани в рубрика T82.8, дължащи се на пикочо-полови протезни устройства, имплантати и трансплантати
	<u>Наличие на трансплантирани органи и тъкани</u> Включва: орган или тъкан, заместени с хетеро- или хомо-трансплантат Не включва: усложнения, свързани с трансплантиран орган или тъкан — виж Азбучния указател наличие на: • съдов трансплантат (Z95.—) • изкуствена сърдечна клапа (Z95.3)
Z94.0	Наличие на трансплантиран бъбрек

Кодът на диагноза към рубриката **D63**, обозначен със знака (*) не може да се използва самостоятелно, а изисква основен код за диагноза, посочен в скобите след него и обозначен със знака (+).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])
- Компютърна томография на корем и таз	
	Включва: кост бъбрек, уретер и мехур меки тъкани Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])
56501-00	Компютърна томография на корем и таз
56507-00	Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст

58721-00 Ретроградна микционна цистоуретрография

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища
Обзорна бъбречна графия

Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра

Не включва: контрастна:
• цистография (58718-00 [1979])
• цистоуретрография (58721-00 [1979])
• пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
• уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
Антибиограма

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06 Изследване на рН на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

91920-14 Изследване за белтък в урината

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-16 Изследване за билирубин в урината

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:

- 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
- 91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
- 91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
- 91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
- 91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин
- 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
- 91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
- 91910-36 Клинично-химични изследвания за Желязо
- 91910-37 Клинично-химични изследвания за ЖСК
- 91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
- 91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
- 91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
- 91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

По преценка:

- 91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
- 91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
- 91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
- 91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
- 91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

- 91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
Антибиограма

1934 Други лабораторни изследвания

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
- 92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
 - еритроцити
 - опаковани клетки
 - червени кръвни клетки

- 92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
 - албумин
 - плазма (пряко замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Една от трите диагностични процедури задължително е образно изследване.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска нефрология", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

1. 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 детска нефрология или Клиника/отделение по педиатрия – II-ро ниво на компетентност.
2. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
3. Ехографски апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

2. 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. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КТ/МРТ
3. Рентгенов апарат за скопия и графия
4. Клиника/отделение по хемодиализа
5. Лаборатория по клинична микробиология на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари със специалност по педиатрия, като един от тях да е работещ в областта на нефрологията и/или диализата при деца до 18 години или да има специалност по нефрология/детска нефрология. Един от лекарите с призната специалност по педиатрия да има придобита квалификация за извършване на ехография;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика;

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Олигурия, хиперволемия със или без прояви на белодробен или мозъчен оток, рефрактерна на лечение уремична кардиомиопатия с прояви на левостранна сърдечна слабост, ритъмни и проводни нарушения, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение.

- Остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна или диализна корекция на хомеостатичните параметри.

- Уремичен перикардит с прояви на сърдечна тампонада.

- Новооткрита хронична бъбречна недостатъчност.

- Терминална хронична бъбречна недостатъчност за подготовка и включване на хемодиализно и перитонеално диализно лечение.

- Влошаване на съществуваща бъбречна недостатъчност с клинични прояви.

- Ренална анемия

- Тежка метаболитна ацидоза свързана с хроничната бъбречна недостатъчност.

- Тежки електролитни нарушения.

- Изразен хиперхидратационен синдром при хронична бъбречна недостатъчност с прояви на сърдечна декомпенсация, белодробен и мозъчен едем.
- Малигнизация на артериална хипертония при ХБН.
- Синдром на дисеквилибриум.
- Уремичен перикардит.
- Рефрактерна на лечение в амбулаторни условия уремична кардиомиопатия.
- Уремичен бял дроб.
- Клинично изявен уремичен гастро ентероколит, нефрогенен асцит.
- Усложнения на перитонеалната диализа - диализен перитонит, тежка малнутриция (хипопротеинемия) и др.
- Усложнения на съдовия достъп при хронично хемодиализа
- Проследяване степента на бъбречната функция.

Всеки от пациентите с горепосочените синдроми само в съчетание с влошаване на бъбречната функция и повишаване на остатъчните азотни тела, подлежат на хоспитализация.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и диагностично-лечебен план

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват до края на болничния престой.

Контролни клинично-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента

Лечението е симптоматично и патогенетично (в по-ранните стадии на ХБН), прилагат се методи на извънбъбречно почистване на кръвта и органзаместващо.

СИМПТОМАТИЧНО:

1. Диетолечение – ниско белтъчен хранителен режим, парентерално хранене, хранене при болни на диализа.

2. Антихипертензивно лечение.

3. Корекция на водно – електролитния баланс и Ca/P баланс – диуретична терапия, корекция на отклоненията в серумния калий, и др.

4. Корекция на АКР.

5. Антианемично лечение.

ПАТОГЕНЕТИЧНО:

При дифузни заболявания на бъбреците – имунни и автоимунни нефропатии и тубулоинтерстициални нефрити - кортикостероиди, цитостатици, имуносупресори, антикоагуланти и др.

При бактериални инфекции на пикочните пътища – антибактериално лечение.

ИЗВЪНБЪБРЕЧНИ МЕТОДИ НА ОЧИСТВАНЕ НА КРЪВТА: хемодиализа, хемофилтрация, перитонеална диализа и др.

ОРГАНОЗАМЕЩАЩО: трансплантация от жив родствен или трупен орган – пре- и постоперативно консервативно наблюдение и лечение на пациента.

Основни групи медикаменти:

- диуретици;
- антихипертензивни средства;
- антибиотици;
- антикоагуланти;
- антиагреганти;
- кръв и биопродукти;
- водносолеви разтвори.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клиничната картина, инструменталните и лабораторни изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- овладяна симптоматика и подобряване на състоянието;
- назначаване на оптимизирана терапия;
- проследяване на стойностите на остатъчни азотни тела.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

**ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ (ХБН)**

ХБН представлява комплекс от симптоми, предизвикани от хроничното (с месеци и години) прогресиращо ограничение на бъбречната функция (отделителна и ендокринна). В основата му стоят хронични промени в двата или единствения бъбрек като резултат на диабетно заболяване, повишено кръвно налягане с бъбречно засягане, хроничен гломерулонефрит, хроничен пиелонефрит, бъбречна поликистоза и други. Проявите на синдрома могат да бъдат от едва доловими до крайно тежко животозаплашващо състояние. Типични са повишения обем 24-часова урина, нощно уриниране, анемия, покачено кръвно налягане, повишени кръвни нива на уреята, креатинина и други.

Лечението в по-леките степени е консервативно, т.е. придържане към ниско-белтъчна диета, понижаващи кръвното налягане средства, еритропоетин, калциеви препарати и пр. За доказване обостряне на основното бъбречно заболяване може да се наложи бъбречна биопсия със съответно лечение, урологични процедури и средства против пикочните инфекции.

При силно ограничена бъбречна функция трябва да се започне хронична хемоперитонеална диализа, като за предпочитане е това да стане планово (след диспансерно наблюдение), пред спешно такова. Това лечение няма алтернатива, т.е. то е животоспасяващо. Чрез успешното му прилагане, с активното участие на пациента може да се постигнат много години удължаване на живота, който да се води при задоволително качество.

Болните на хронично диализно лечение и много рядко непосредствено преди неговото започване, са кандидати за бъбречна трансплантация – другата възможност за лечение на крайната ХБН. Става въпрос за хирургическо присаждане на бъбрек, който е взет от жив родствен или трупен донор.

Наред с благоприятните резултати, както в консервативната, така и в диализно-трансплантационната фаза са възможни и тежки усложнения, вкл. и животозаплашващи. За тяхното предотвратяване голяма роля има и пациента с неговото съзнателно участие в лечебно-диагностичния процес.

КП № 89 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪЕДИНИТЕЛНАТА ТЪКАН

КП № 89.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪЕДИНИТЕЛНАТА ТЪКАН ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

G73.7* Миопатия при болести, класифицирани другаде

Миопатия при:

- склеродермия (M34.8†)
- синдром на Sjögren (M35.0†)
- системен lupus (M32.1†)

Перикардит при болести, класифицирани другаде

I32.8* Перикардит при други болести, класифицирани другаде

Перикардит (при):

- системен лупус еритематодес (M32.1†)
- уремичен (N18.8†)

Ендокардит и увреждания на сърдечните клапи при болести, класифицирани другаде

Включва: увреждане на ендокарда при:

- болест на Libman - Sacks (M32.1†)

I39.0* Увреждания на митралната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.1* Увреждания на аортната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.2* Увреждания на трикуспидалната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.3* Увреждания на пулмоналната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.4* Увреждания на няколко клапи при болести, класифицирани другаде

Миокардит при болести класифицирани другаде

I41.8* Миокардит при болести класифицирани другаде

Ревматоиден артрит /M05.3/

Саркоидозен миокардит / D86.8/

Други болести на периферните съдове

Не включва: локални студови реакции (T69.1)

измръзване (T33—T35)

окопна длан и окопно стъпало (T69.0)

спазъм на мозъчна артерия (G45.9)

I73.0 Синдром на Рейно

Raynaud

болест

гангрена

феномен /вторичен/

Респираторни нарушения при болести, класифицирани другаде

I99.1* Респираторни нарушения при други дифузни нарушения на съединителната тъкан

Респираторни нарушения при:

- дерматомиозит (M33.0—M33.1†)
- полимиозит (M33.2†)
- синдром на Sjögren (M35.0†)
- системен(-на):
- лупус еритематодес (M32.1†)

- склеродермия (M34.8†)
- грануломатоза на Wegener (M31.3†)

Възлест полиартериит и наследствени състояния

- M30.0 Възлест полиартериит**
M30.1 Полиартериит с увреждане на белия дроб [Churg-Strauss]
 Алергичен грануломатозен ангиит
M30.3 Слезно-кожен-лимфнодуларен синдром [Kawasaki]
M30.8 Други състояния, свързани с възлест полиартериит
 Кръстосан полиангиит-синдром

Други некротизиращи васкулопатии

- M31.0 Суперчувствителен ангиит**
 Синдром на Goodpasture
M31.1 Тромботична микроангиопатия
 Тромботична тромбоцитопенична пурпура
M31.2 Злокачествен срединен гранулом
M31.3 Грануломатоза на Wegener
 Некротизираща респираторна грануломатоза
M31.4 Синдром на аортната дъга [Takayasu]
M31.5 Гигантоклетъчен артериит с ревматична полимиалгия
M31.6 Други гигантоклетъчни артериити
M31.8 Други уточнени некротизиращи васкулопатии
 Хипокомплементемичен васкулит

Дисеминиран lupus erythematoses

Не включва: lupus erythematoses (дискоиден) (БДУ) (L93.0)

- M32.0 Дисеминиран лекарствен lupus erythematoses**
M32.1† Дисеминиран lupus erythematoses с увреждане на други органи или системи
 Дисеминиран lupus erythematoses с увреждане на:
 • белия дроб (J99.1*)
 • бъбреците (N08.5* , N16.4*)
 Болест на Libman-Sacks (I39.—*)
 Перикардит при дисеминиран lupus erythematoses (I32.8*)
M32.8 Други форми на дисеминиран lupus erythematoses

Дерматополимиозит

- M33.1 Други дерматомиозити**
M33.2 Полимиозит

Системна склероза

- Включва:** склеродермия
Не включва: склеродермия:
 • локализирана (L94.0)
 • неонатална (P83.8)

- M34.0 Прогресивна системна склероза**
M34.1 Синдром CR(E)ST
 Съчетание на калциноза, синдром на Рейно, дисфункция на хранопровода, склеродактилия и телеангиектазия
M34.2 Системна склероза, предизвикана от лекарствени средства и химични продукти
M34.8 Други форми на системна склероза
 Системна склероза с:
 • увреждане на белия дроб† (J99.1*)
 • миопатия† (G73.7*)

Други системни увреждания на съединителната тъкан

Не включва: реактивна перфорираща колагеноза (L87.1)

- M35.0 Синдром на Sjögren**
 Синдром на Sjögren с:
 • белодробни увреждания† (J99.1*)
 • кератоконюнктивит† (H19.3*)
 • тубулоинтестинцилни увреждания на бъбреците† (N16.4*)
 • миопатии† (G73.7*)

M35.1	Други кръстосани форми Асоциирана болест на съединителната тъкан Не включва: кръстосан полиангиит-синдром (M30.8)
M35.2	Синдром на Behçet
M35.3	Ревматична полимиалгия Не включва: ревматична полимиалгия с гигантоклетъчен артериит (M31.5)
M35.4	Дифузен (еозинофилен) фасциит
M35.5	Мултиплена фибросклероза
M35.6	Рецидивиращ паникулит [Weber-Christian] Не включва: паникулит: • БДУ (M79.3) • при лупус (L93.2)
M35.7	Хипермобилен синдром Фамилна слабост на връзките Не включва: слабост на връзките БДУ (M24.2) синдром на Ehlers—Danlos (Q79.6)
<u>Гломерулни увреждания при болести, класифицирани другаде</u>	
Включва: нефропатия при болести, класифицирани другаде	
Не включва: бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при болести, класифицирани другаде (N16.—*)	
N08.5*	Гломерулни увреждания при системни болести на съединителната тъкан Гломерулни увреждания при: • синдром на Goodpasture (M31.0†) • нодозен полиартериит (M30.0†) • системен лупус еритематодес (M32.1†) • тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1†) • грануломатоза на Wegener (M31.3†)
<u>Тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците при болести, класифицирани другаде</u>	
N16.4*	Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при системни болести на съединителната тъкан Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при: • сух синдром [Sjögren] (M35.0†) • системен лупус еритематодес (M32.1†)

Диагнозите със знак звездичка (*), не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Биопсия на бъбрек	
36561-00	Затворена биопсия на бъбрек
Аспирация на други мускулно-скелетни точки	
50124-00	Аспирация на става или друга синовиална кухина, неклассифицирана другаде Аспирация на бурса
Биопсия на кожа и подкожна тъкан	
30071-00	Биопсия на кожа и подкожна тъкан
Компютърна томография на гръден кош	
Компютърна томография на гръден кош	

	<p><i>Включва:</i> кост гърдна стена бял дроб медиастинум плевра</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • корем (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • мозък (57001, 57007 [1957])
56301-00	Компютърна томография на гърден кош
56307-00	Компютърна томография на гърден кош с интравенозна контрастна материя
Друга рентгенография на гърден кош	
58500-00	Рентгенография на гърден кош
	<p><i>Включва:</i> бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум</p> <p><i>Не включва:</i> такава на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гърдна кост (58521-00 [1972]) • гърден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
Рентгенография на раменен отдел	
57700-00	Радиография на рамо или скапула
Рентгенография на горен крайник	
57512-01	Рентгенография на лакът и предмишница
57512-03	Рентгенография на длан, пръсти и китка
Рентгенография на таз	
57712-00	Рентгенография на тазобедрена става
	<p><i>Не включва:</i> контрастна артрография (59751-00 [1985]) такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])</p>
57715-00	Рентгенография на таз
Радиография на долен крайник	
57518-00	Рентгенография на фемур Радиография на бедро
	<p><i>Не включва:</i> такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])</p>
57524-00	Рентгенография на феморална кост и коляно
57518-01	Рентгенография на коляно
	<p><i>Не включва:</i> изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])</p>
57524-01	Рентгенография на коляно и подбедрица
57518-02	Рентгенография на подбедрица
57524-04	Рентгенография на глезен и стъпало
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография

59903-03	Аортография
Артериография	
59970-05	Артериография на бъбречни артерии
Ултразвук на сърце	
Ехокардиография	
	<i>Включва:</i> такъв изпълнен: <ul style="list-style-type: none"> • използвайки: <ul style="list-style-type: none"> • 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
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем
	<i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност
Ултразвук на други места	
55800-00	Ултразвук на ръка или китка
55804-00	Ултразвук на предмишница или лакът
55808-00	Ултразвук на рамо или горна част на ръка
55816-00	Ултразвук на тазобедрена става
55828-00	Ултразвук на коляно
55836-00	Ултразвук на глезен или стъпало
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък
	<i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
90901-04	Магнитно резонансна томография на гръден кош
	<i>Включва:</i> сърце
1926	Микробиологични изследвания
91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
	<i>Включва:</i> урокултура антибиограма
1932	Изследвания на урината
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-12	Химично изследване на урина
	рН Белтък Билирубин Уробилиноген Глюкоза

	Кетони Относително тегло Нитрити Левкоцити Кръв
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
91910-11	Изследване на фибриноген
1930	Имунологични изследвания
91923-07	Изследване на ревматоиден фактор
91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
1924	Биохимични изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Клинично-химични изследвания за Креатинкиназа (КК)
1927	Морфологични изследвания
91934-06	Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност за хистология
91919-00	Микроскопско изследване на проба от кожа и друга покривна тъкан Капилярскопия Друго морфологично изследване
Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение	
	<i>Включва:</i> кръвни: <ul style="list-style-type: none"> • поток } • обем } изследване <i>Не включва:</i> това на става (61446-01, 61449-01 [2010])
61446-00	Локализирано костно изследване
61421-00	Изследване на костна система на цяло тяло
	<i>Включва:</i> кръвни: <ul style="list-style-type: none"> • поток } • обем } изследване
Невромускулна електродиагностика	
	ЕМГ [електромиография]: <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди Изследване на невромускулна проводимост

11012-00	Електромиография (ЕМГ) <i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки	
50124-01	Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, неклассифицирано другаде Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ Инжектиране: • в бурса на: • кортикостероид • локален анестетик
Приложение на фармакотерапия	
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96201-03	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
13706-05	Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на: • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и три различни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури.

Основна процедура **92191-00/ 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.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: хематологични изследвания - хемоглобин, левкоцити, СУЕ (91910-04, 91910-07), левкограма (91910-05), фибриноген (91910-11) и имунологичните изследвания - РФ /Waalser Ross/ (91923-07), ANA (91924-01); и/ или следните биохимичните изследвания: кр. захар (91910-12), урея (91910-14), креатинин (91910-13), ALAT (91910-27), ASAT (91910-26), КК (91910-28).

Диагностичната процедура изследване на урина включва следните медико-диагностични изследвания: посевка на урина (91920-02), бъбречен клирънс (91920-11), химично изследване на урина (91920-12).

Код **91934-06** "Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и

ставна течност за хистология” по тази КП и за тази възрастова група включва: друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност - микроскопско изследване на: кост, лигамент, бурса, мускул, хрущял, синовиална мембрана, фасция, сухожилие, кожа ставна течност;

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с терапевтична процедура **50124-01**.

Всички диагностични процедури, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се извършват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Ревматология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ревматология", в обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Ревматология“, „Вътрешни болести“ и „Кардиология“.

1. 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 ревматология или клиника/отделение по вътрешни болести
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия; КТ или МРТ; ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ
5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апарат за двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (ДХА)
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

- двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат

или

в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност – двама лекари с

придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат. В клиника/отделение с III ниво на компетентност броят на специалистите е в съответствие с медицински стандарт „Ревматология“

- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.;

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Имунологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.1. Диагностика и лечение на пациенти със доказани системни заболявания и наличие на:

- тежка психоза, епилептичен гърч, мозъчно-съдов инцидент;
- тежък интоксикационно-фебрилен синдром;
- васкулит с некрози;
- бързопрогресиращ полимиозит;
- остро възникнал нефрозен синдром или рязко повишение на креатинина;
- белодробни прояви, изхождащи от болестта (пулмонит, белодробна съдова болест, плеврален излив);
- прогресиращ лупусен кардит (перикарден излив, миокардит с прогресираща СН, рефрактерен на ГКС лечение, ендокардит с увреждане на много клапи);
- васкулитен обрив, съчетан с коремна болка;
- новоустановена артериална хипертония;
- цитопения (левкоцити под 3000, тромбоцити под 100 000);
- васкулитен синдром и рецидивираща хематурия и/или протеинурия.

1.2. Първоначална диагностика, стадиране и определяне на терапевтичен подход при болни с данни за системно заболяване;

1.3. Диагностично уточняване, рестадиране и корекция на терапевтичен подход при болни със системно заболяване с недостатъчен терапевтичен ефект от провежданото извънболнично лечение;

1.4. Провеждане на пулс-терапия с цитостатици, кортикостероиди, интравенозен гамма-глобулин и други биологични средства по определена терапевтична схема.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването.

Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография същата се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

SLEDAI индекс за оценка активността на SLE, респ. нуждата от хоспитализация:

8 точки – невролупус (епилептиформни припадъци и/или психоза, органичен мозъчен синдром, зрителни нарушения, увреда на ЧМН, мозъчно-съдови инциденти, лупусно главоболие);

8 точки – васкулит (васкулитни обриви с некрози по крайниците и тялото);

4 точки – артрит или миозит;

4 точки – нефрит (цилиндрурия и/или хематурия, протеинурия, пиурия);

2 точки – кожни прояви (пеперудообразен еритем и/или алоpecia, афтоза);

2 точки – полисерозит (перикардит или плеврит);

2 точки – хипокомплементемия;

2 точки – повишени антитела срещу нативна ДНК;

1 точка – фебрилитет над 38 градуса;

1 точка – цитопения (левкоцити под 3000, тромбоцити под 100 000).

Точки се дават за всеки установен признак – броят варира от 0 до 105 точки. Тази точкова система, определяща активността на заболяването, се отнася само за пациенти с вече поставена диагноза лупус – те се хоспитализират, ако имат 8 и повече точки.

Медикаментозното лечение включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи (болестопроменящи) противоревматични лекарствени средства;
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение.
- кортикостероиди:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- имуносупресори:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение
 - кортикостероиди с удължено действие;
 - перкутанни средства
- симптоматични – диуретици, кардиотоници, съдоразширяващи, антихипертензивни, антихистаминови, антикоагуланти, антиагреганти.
- лечебна плазмафереза – при съответни индикации.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности,

които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистиенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Съгласно международно приетите диагностични таблици за съответната нозология и съобразно клиничната картина, рентгенографските промени, лабораторните и инструментални изследвания.

4. 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

1. поставена окончателна диагноза;
2. овладяване на фебрилитета;
3. подобрене в общото състояние и на показателите за клинична или биологична активност на заболяването;
4. приключване на пулстерапия.

ДОВЪРШВАНЕ НА ЛЕЧЕБНИЯ ПРОЦЕС И ПРОСЛЕДЯВАНЕ

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза.

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**СИСТЕМЕН ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДУС**

Системният лупус еритематозус (СЛЕ) е хронично автоимунно заболяване, което може да засегне различни органи и системи. Причините не са известни. Предполага се участие на голям брой наследствени рискови фактори, в съчетание с някои фактори на околната среда като: вирусни инфекции, някои медикаменти, слънчево облъчване.

СЛЕ е рядка болест, която засяга предимно момичета и млади жени във възрастта от 15-45 години, като съотношението жени/мъже е 9:1. Изявата на заболяването е необичайна под 5 години и много рядка във възрастта преди пубертета.

Началото на заболяването при повечето от случаите е постепенно, бавно, с неспецифични оплаквания от умора, отпадналост, непостоянна температура, отслабване на тегло, липса на апетит. По-късно се развиват специфични симптоми във връзка със засягане на един или повече органи. Измененията по кожата са чести и включват разнообразни обриви, като т.нар. "пеперудообразен обрив" по лицето, смятан за специфичен при СЛЕ, се установява в 30 - 50% от децата. Характерно за обривите при СЛЕ е тяхната фоточувствителност. Язвите по лигавицата на устата и носа също са чести в началото на заболяването. Понякога се явява косопад, зачервяване и побледняване на ръцете при студ (синдром на Рейно). При повечето от децата се развива артрит в различни стави, който е преходен, недеформиращ. Понякога децата имат оплаквания от болки в гърдите, усилващи се при дишане и болки зад гръдната кост. Състоянието се обуславя от възпаление на плеврата и перикарда.

Засягане на бъбреците се наблюдава при почти всички деца със СЛЕ и варира от леко възпаление до значителни увреждания на органите. Въпреки липсата на оплаквания в началото на заболяването се установяват патологични отклонения в урината и в изследванията, отразяващи бъбречната функция. При деца с по-тежко бъбречно увреждане се открива кръв в урината и отоци в областта на клепачите, в ходилата и долни крайници.

Засягането на централната нервна система е рядко. Протича с главоболие, гърчове и нервнопсихични прояви, като нарушена концентрация и памет, емоционална лабилност, депресия и психози.

В отделни случаи СЛЕ протича с анемия, дължаща се на разпад на еритроцитите (хемолитична) и/или с намаление на тромбоцитния брой, протичащо с прояви на кръвене от кожата, стомашно – чревния тракт и други органи.

При СЛЕ се откриват разнообразни имунологични отклонения и феномени, които подпомагат поставянето на диагнозата и проследяване на болните деца. Касае се за автоантитела, насочени най-често към клетъчното ядро (антинуклеарни антитела) и неговите компоненти (анти – ДНК антитела, насочени към генетичния материал на клетката, анти-3gp антитела, антифосфолипидни антитела и други). Изследването на комплексните протеини (С3 и С4) отразява активността на заболяването, особено при бъбречно засягане.

Глюкокортикостероидите (метилпреднизолон, преднизон или преднизолон) са основно лечение при СЛЕ. Те намаляват възпалителната и имунологична активност на заболяването. Дозата, начинът на приложението им (през устата или венозно) и продължителността на лечението, зависят от тежестта на заболяването и степента на органно засягане. Имуносупресивните медикаменти (циклофосфамид, имуран) също потискат патологичния имунен отговор и се включват при по-тежки форми на лупус или недостатъчен ефект от глюкокортикостероидите. Нестероидни антиревматични средства (фелоран, индометацин и други) се използват при ставно – мускулни болки (артрит) за кратък период от време.

Лечението е продължително и изисква периодични прегледи и изследвания, които се определят от лекуващия педиатър-ревматолог.

Прогнозата на заболяването е значително подобрена с ранното включване на глюкокортикостероиди и имunosупресори и умелия контрол на лечението.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Какво представлява болестта?

В превод от гръцки език "склеродерма" означава твърда кожа, защото кожата се променя в твърда и лъскава. Болестта има различни форми при които отличителен белег е втвърдената кожа.

При локализираната склеродермия заболяването е ограничено, като променените участъци имат формата на петна (морфея) или са линейни (линейна склеродерма). Последната се придружава от промени в тъканите в дълбочина и това причинява деформации. В началото на заболяването кожните промени са оградени от червено-виолетов ръб. Има загуба на подкожна мастна тъкан, което причинява хлътване. При линейната форма се наблюдава забавен растеж на подлежащите мускули и тъкани.

При системната склеродерма (системна склероза) заболяването е дифузно и поражда не само кожата, но и вътрешните органи. Това води до оплаквания, включващи затруднения в дишането, високо кръвно налягане, болки в сърдечната област.

Каква е честотата?

Това е рядко заболяване. Изследванията показват, че честотата не надвишава повече от 3 нови случая на 100 000 население за година. Локализираната склеродерма е обичайната форма на заболяването при деца, предимно момичета. Само 10 % от децата имат клиничните прояви на системна склероза.

Какво причинява болестта?

Това е възпалително заболяване, но причината за този особен вид възпаление все още не е установена. Болестта е автоимунна, което означава че имунната система на пациента реагира срещу кожните структури и/или вътрешните органи (при системна склероза). Възпалителният процес води до появата на оток и повишена температура. По-късно се разраства фиброзна тъкан (през периода на възстановяване).

Предава ли се болестта по наследство?

Няма доказателства за генетично предразположение към болестта. Проучванията в тази област продължават, особено при деца. При възрастни има съчетание с други автоимунни заболявания в семейството.

Можем ли да се предпазим от заболяването?

Няма профилактика на това заболяване.

Заразно ли е то?

Не. Някои инфекции могат да бъдат провокиращ фактор за отключване на болестта, но самото заболяване не е инфекциозно и болелите не трябва да се изолират от околните.

ЛОКАЛИЗИРАНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира болестта?

Често в ранните стадии около участъка на втвърдена кожа има пурпурно-виолетов ръб. Това е в резултат на възпалителния процес. Постепенно засегнатият участък кожа придобива кафяв, а по-късно по-бял оттенък. Диагнозата се поставя от опитен лекар и се потвърждава чрез кожна биопсия. Линейната склеродерма засяга лентовидно горните или долни крайници. При процеса се обхващат в дълбочина подкожната тъкан, мускулите и подлежащите кости, което води до изоставане в растежа и развитието на крайника. Понякога линейната склеродерма засяга лицето и скалпа. Кръвните тестове обикновено са

нормални по отношение на показателите за възпаление. При тази форма на заболяването няма значително засягане на вътрешни органи.

Какво е лечението на локализираната склеродерма?

То е по посока на ограничаване на възпалителния процес, затова трябва да започне рано. Лечението има много малко влияние върху вече отложената фиброзна тъкан. Ако възпалителния процес бъде спрял, организмът има възможността да реабсорбира част от фиброзната тъкан и така да се стигне до известно омекотяване на засегнатата кожа. Лекарската преценка е важна при избора на лечение, тъй като то може да варира от локално (с различни кремове) до включване на кортикостероиди и метотрексат. При линейната склеродерма е необходимо по-агресивно лечение, тъй като тъканото засягане в дълбочина е по-изразено. Ако не се проведе лечение, резултатът е скъсяване с умаляване на засегнатия крайник. Под твърдата кожа не се развива достатъчно подкожна мастна и мускулна тъкан. Втвърдената кожа около ставите води до тяхното деформиране и сковаване. За диагнозата най-често се използва термографията като тест, който измерва топлината на кожата. Противовъзпалителното лечение включва най-често кортикостероиди или метотрексат. Те трябва да бъдат предписани от ревматолог или дерматолог (детски ревматолог или детски дерматолог). Резултатът от лечението при локализираната склеродерма е все още в процес на проучване.

Физиотерапията е много важна част от лечението на линейната склеродерма - раздвижване на ставите, покрити с променена кожа, дълбок масаж, физиопроцедури. Важно е да бъдат използвани слънцезащитни кремове в областта на лезиите.

СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира системната склеродерма? Какви са главните симптоми?

Ранните симптоми са промяна в цвета на пръстите на ръцете и краката при вариране на околната температура (Рейно феномен), изтръпване и улцерации по върха на пръстите. Кожата се втвърдява и става по-лъскава. По-късно измененията могат да обхванат цялото тяло. Засягат се и вътрешни органи, което определя дългосрочната прогноза на болестта. Оценката на състоянието се извършва чрез кръвни или други функционални тестове.

При децата рано се засяга хранопровода, което е причина за смущения в гълтането. Може да се засегне и целия стомашно-чревен тракт. От поражението на белите дробове сърцето и бъбреците зависи изхода на болестта.

Какво е лечението на системната форма на склеродермия?

За съжаление няма лечение, което може да спре напълно прогресирането на това заболяване. Използват се кортикостероиди, метотрексат или Д-пенициламин. При Рейно феномен е важно да се поддържа добро кръвообращение чрез затопляне. Понякога се налага използването на лекарства разширяващи кръвоносните съдове. Когато има засягане на бял дроб или бъбреци се използва циклофосфамид. Изборът на подходяща схема на лечение трябва да се извърши от специалист ревматолог (детски ревматолог) често в екип с други специалисти. Под проучване са нови терапевтични схеми. Наложително е използването на физиотерапия, особено когато е затруднено движението в ставите или има затруднения в дишането.

Необходимост от периодични прегледи?

Те са необходими за да се установи дали заболяването прогресира, както и да се назначи съответното лечение. Контролира се функцията на бял дроб, сърце, бъбреци, чревен тракт, както и наличието на евентуални странични ефекти на лечението.

Какво е дългосрочното развитие на болестта?

Морфеята обикновено оставя само козметични кожни дефекти. Линейната склеродерма причинява сериозни козметични проблеми във връзка със загубата на мускулатура и засягането на костта.

Системната склероза е застрашаващо живота състояние. Продължителността на живота се определя от степента на засягане на вътрешните органи. При някои пациенти заболяването може да се постави под контрол за продължително време.

Възможно ли е пълно възстановяване?

Възстановяване е възможно при някои пациенти с локализирана склеродерма. При системна склероза това е по-малко вероятно. Целта е значително подобрене и стабилизиране на състоянието.

ПОЛИМИОЗИТ /ДЕРМАТОМИОЗИТ

Възпалителните заболявания на мускулите са хетерогенна група болестни състояния, характеризиращи се с проксимална мускулна слабост и негнойно възпаление на скелетната мускулатура. Основните прояви на болестта са мускулната слабост ангажираща симетрично раменния и тазовия пояс. Нарушени са обичайните движения на горните и долни крайници. Слабостта в шийната мускулатура затруднява вдигането на главата от възглавницата, засягането мускулатурата на мекото небце и гълтача затруднява преглъщането. Кожни прояви се наблюдават при болни с дерматомиозит, с оток и лилаво-червеникав обрив по клепачите на очите и откритите части на тялото. Понякога може да има болки по ставите, задух и затруднено дишане при засягане на междуребрена мускулатура. Сърдечните симптоми са сравнително рядко (ритъмни и проводни нарушения). При тази болест бъбреците не се засягат много.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определи стадият и активността на болестта и да се определи адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания, кожно-мускулна биопсия, електро-миография, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на полимиозит /дерматомиозита включва кортикостероиди, имunosупресори, антималярии. Изборът на конкретен медикамент или комбинация от медикаменти е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства, уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорност за вашето здраве.

СИСТЕМЕН ВАСКУЛИТ

Системните васкулити са група заболявания, чиято главна патологична проява е възпаление на съдовата стена. Това довежда до стеснение на съда и нарушено хранене на съответната тъкан или орган и последваща некроза (смърт на клетките и тъканите). Васкулитът може да бъде самостоятелно заболяване или вторична проява на друга основна болест. Причините за болестта в повечето случаи са неизвестни, но се наблюдават при някои вирусни инфекции, автоимунни заболявания, злокачествени заболявания, могат да се предизвикат от някои медикаменти, храни, напитки, консерванти, серуми, ваксини, ухапвания от насекоми и др.

Васкулитите се делят на първични и вторични, а също така и в зависимост от големината на поразения кръвоносен съд на такива, засягащи малки, средни и големи кръвоносни съдове.

Болестта може да се прояви по различни начини в зависимост от степента и локализацията на съдовото засягане. Според остротата на протичане се различават по-бавно прогресиращи и ограничени форми, както и с бърза еволюция и многосистемно засягане. Обикновено заболяването започва с някои неспецифични симптоми като повишена температура, отпадналост, загуба на тегло и др. Наред с това се манифестират и прояви, подсказващи многосистемно засягане - кожен обрив, периферна невропатия, асиметричен артрит. Паралелно може да се появят и симптоми от вътрешните органи: бъбреци, стомашно-чревен тракт, сърце и др.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания; да се определи стадия и активността на Вашето заболяване и да се назначи подходящо лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури и рентгенови изследвания, кожно – мускулна биопсия, ангиография, ядрено-магнитен резонанс, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на системните васкулити включва: кортикостероиди, имуносупресори (циклофосфамид), имуномодулиращи, други медикаменти. Провежда се в някои случаи лечение с моноклонални антитела, плазмафереза, лимфофереза, криоплазмафереза. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущения, уведомете лекуващия Ви лекар. Гаранция за успешното лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 89 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪЕДИНИТЕЛНАТА ТЪКАН

КП № 89.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪЕДИНИТЕЛНАТА ТЪКАН ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

D69.0 Алергична пурпура

- Пурпура:
- Анафилактоидна
- Henoch-Schonlein
- Нетромбоцитопенична
- Съдова
- Алергичен васкулит

G73.7* Миопатия при болести, класифицирани другаде

Миопатия при:

- склеродермия (M34.8†)
- синдром на Sjögren (M35.0†)
- системен lupus (M32.1†)
 - ревматоиден артрит (M05—M06†)

Други болести на периферните съдове

Не включва: локални студови реакции (T69.1)
измръзване (T33—T35)
окопна длан и окопно стъпало (T69.0)
спазъм на мозъчна артерия (G45.9)

Включва:

I73.0 Синдром на Raynaud

Raynaud:

- болест
- гангрена
- феномен (вторичен)

I73.8 Други уточнени болести на периферните съдове

I73.9 Болест на периферните съдове, неуточнена

L52 Erythema nodosum

Възлест полиартериит и наследствени състояния

M30.0 Възлест полиартериит

M30.1 Полиартериит с увреждане на белия дроб [Churg-Strauss]

Алергичен грануломатозен ангиит

M30.2 Ювенилен полиартериит

M30.3 Слизно-кожен-лимфонуларен синдром [Kawasaki]

M30.8 Други състояния, свързани с възлест полиартериит

Кръстосан полиангиит-синдром

Други некротизиращи васкулопатии

M31.0 Суперчувствителен ангиит

Синдром на Goodpasture

M31.1 Тромботична микроангиопатия

Тромботична тромбоцитопенична пурпура

M31.2 Злокачествен срединен гранулом

- M31.3 Грануломатоза на Wegener**
Некротизираща респираторна грануломатоза
- M31.4 Синдром на аортната дъга [Takayasu]**
- M31.5 Гигантоклетъчен артериит с ревматична полимиалгия**
- M31.6 Други гигантоклетъчни артериити**
- M31.8 Други уточнени некротизиращи васкулопатии**
Хипокомплементемичен васкулит

Дисеминиран lupus erythematoses

Не включва: lupus erythematoses (дискоиден) (БДУ) (L93.0)

M32.0 Дисеминиран лекарствен lupus erythematoses

M32.1† Дисеминиран lupus erythematoses с увреждане на други органи или системи

Дисеминиран lupus erythematoses с увреждане на:

- белия дроб (J99.1*)
- бъбреците (N08.5* , N16.4*)

Болест на Libman-Sacks (I39.—*)

Перикардит при дисеминиран lupus erythematoses (I32.8*)

M32.8 Други форми на дисеминиран lupus erythematoses

Дерматополимиозит

M33.0 Ювенилен дерматомиозит

M33.1 Други дерматомиозити

M33.2 Полимиозит

Системна склероза

Включва: склеродермия

Не включва: склеродермия:

- локализирана (L94.0)
- неонатална (P83.8)

M34.0 Прогресивна системна склероза

M34.1 Синдром CR(E)ST

Съчетание на калциноза, синдром на Рейно, дисфункция на хранопровода, склеродактилия и телеангиектазия

M34.2 Системна склероза, предизвикана от лекарствени средства и химични продукти

M34.8 Други форми на системна склероза

Системна склероза с:

- увреждане на белия дроб† (J99.1*)
- миопатия† (G73.7*)

Други системни увреждания на съединителната тъкан

Не включва: реактивна перфорираща колагеноза (L87.1)

M35.0 Синдром на Sjögren

Синдром на Sjögren с:

- белодробни увреждания† (J99.1*)
- кератоконюнктивит† (H19.3*)
- тубулоинтестичилни увреждания на бъбреците† (N16.4*)
- миопатии† (G73.7*)

M35.1 Други кръстосани форми

Асоциирана болест на съединителната тъкан

Не включва: кръстосан полиангиит-синдром (M30.8)

M35.2 Синдром на Behçet

M35.3 Ревматична полимиалгия

Не включва: ревматична полимиалгия с гигантоклетъчен артериит (M31.5)

M35.4 Дифузен (еозинофилен) фасциит

M35.5 Мултиплена фибросклероза

M35.6 Рецидивиращ паникулит [Weber-Christian]

Не включва: паникулит:

- БДУ (M79.3)
- при лупус (L93.2)

M35.7 Хипермобилен синдром

Фамилна слабост на връзките

Не включва: слабост на връзките БДУ (M24.2)
синдром на Ehlers—Danlos (Q79.6)

М35.8 Други уточнени системни увреждания на съединителната тъкан

Диагнозите със знак звездичка (*) не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****Биопсия на бъбрек**

36561-00 Затворена биопсия на бъбрек

Аспирация на други мускулно-скелетни точки

50124-00 Аспирация на става или друга синовиална кухина, неклассифицирана другаде
Аспирация на bursa

Биопсия на кожа и подкожна тъкан

30071-00 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

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])

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз	
57712-00	Рентгенография на тазобедрена става <i>Не включва:</i> контрастна артрография (59751-00 [1985]) такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])
57715-00	Рентгенография на таз
Радиография на долен крайник	
57518-00	Рентгенография на фемур Радиография на бедро <i>Не включва:</i> такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])
57524-00	Рентгенография на фемурална кост и коляно
57518-01	Рентгенография на коляно <i>Не включва:</i> изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
57524-01	Рентгенография на коляно и подбедрица
57518-02	Рентгенография на подбедрица
57524-04	Рентгенография на глезен и стъпало
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
59903-03	Аортография
Артериография	
59970-05	Артериография на бъбречни артерии
Ултразвук на сърце	
Ехокардиография	
	<i>Включва:</i> такъв изпълнен: <ul style="list-style-type: none"> • използвайки: <ul style="list-style-type: none"> • 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
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
90901-04	Магнитно резонансна томография на гръден кош <i>Включва:</i> сърце
1932	Изследвания на урината
91920-14	Изследване за белтък в урината
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-16	Изследване за билирубин в урината
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба

Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ]
1926	Микробиологични изследвания
91937-02	Микробиологично/Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност и/или
1929	Вирусологични изследвания
91911-19	Други вирусологични изследвания
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
1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
При необходимост:	
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-28	Клинично-химични изследвания за Креатинкиназа (КК)
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-11	Изследване на фибриноген
По преценка:	
1930	Имунологични изследвания
91923-07	Изследване на ревматоиден фактор
91923-08	Изследване на антистрептолизин титър (AST) <i>Включва:</i> при ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции
91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91915-00	Други имунологични изследвания
1934	Други лабораторни изследвания
91919-00	Микроскопско изследване на проба от кожа и друга покривна тъкан Капиляроскопия Друго морфологично изследване
Невромускулна електродиагностика	
11012-00	Електромиография (ЕМГ) <i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки	
50124-01	<p>Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, неклассифицирано другаде</p> <p>Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ</p> <p>Инжектиране:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в bursa на: • кортикостероид • локален анестетик
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-05	<p>Приложение на човешки имуноглобулин</p> <p>Инжектиране или трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
Приложение на фармакотерапия	
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96201-03	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и три различни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури.

Основна процедура **92191-00/ 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.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: хематологични изследвания – СУЕ (91910-07), хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити (91910-04); ДКК (91910-05); биохимични изследвания – чернодробни ензими (91910-26, 91910-27), креатинин (91910-13), кръвна захар (91910-12); при необходимост: АФ (91910-30), CRP (91910-19), КК (91910-28), ГГТ (91910-29), фибриноген (91910-11). По преценка: имунологични изследвания – ANA (91924-01), Waaler Ross (91923-07), AST (91923-08) /при необходимост други (91915-00)/.

Диагностичната процедура изследване на урина включва следните медико-диагностични изследвания: химично изследване на урина – всички позиции /белтък (91920-14), седимент (91920-01), билирубин (9192016), уробилиноген (91920-05), глюкоза (91920-

08)/.

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с терапевтична процедура **50124-01**.

Всички диагностични процедури, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се извършват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“. Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска ревматология, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена и апаратура са съобразени с медицински стандарт „Ревматология“.

1. 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 детска ревматология или Детска клиника/ отделение – III ниво
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика – ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ
5. Ренгенов апарат за скопия и графия

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. КТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Вирусологична лаборатория
4. Имунологична лаборатория
5. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по детска ревматология
- или
- лекар със специалност по детска ревмокардиология
- или
- лекари със специалност по педиатрия – четирима;

- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. Отделение по физиотерапия и рехабилитация - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.1. Диагностика и лечение на пациенти със доказани системни заболявания и наличие на:

- тежка психоза, епилептичен гърч, мозъчно-съдов инцидент;
- тежък интоксикационно-фебрилен синдром;
- васкулит с некрози;
- бързопрогресиращ полимиозит;
- остро възникнал нефрозен синдром или рязко повишение на креатинина;
- белодробни прояви, изхождащи от болестта (пулмонит, белодробна съдова болест, плеврален излив);
- прогресиращ лупусен кардит (перикарден излив, миокардит с прогресираща СН, рефрактерен на ГКС лечение, ендокардит с увреждане на много клапи);
- васкулитен обрив, съчетан с коремна болка;
- новоустановена артериална хипертония;
- цитопения (левкоцити под 3000, тромбоцити под 100 000);
- васкулитен синдром и рецидивираща хематурия и/или протеинурия.

1.2. Първоначална диагностика, стадиране и определяне на терапевтичен подход при болни с данни за системно заболяване;

1.3. Диагностично уточняване, рестадиране и корекция на терапевтичен подход при болни със системно заболяване с недостатъчен терапевтичен ефект от провежданото извънболнично лечение;

1.4. Провеждане на пулс-терапия с цитостатици, кортикостероиди, интравенозен гамма-глобулин и други биологични средства по определена терапевтична схема.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването.

Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография същата се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

SLEDAI индекс за оценка активността на SLE, респ. нуждата от хоспитализация:

8 точки – невролупус (епилептиформни припадъци и/или психоза, органичен мозъчен синдром, зрителни нарушения, увреда на ЧМН, мозъчно-съдови инциденти, лупусно главоболие);

8 точки – васкулит (васкулитни обриви с некрози по крайниците и тялото);

4 точки – артрит или миозит;

4 точки – нефрит (цилиндрурия и/или хематурия, протеинурия, пиурия);

2 точки – кожни прояви (пеперудообразен еритем и/или алоpecia, афтоза);

2 точки – полисерозит (перикардит или плеврит);

2 точки – хипокомplementемия;

2 точки – повишени антитела срещу нативна ДНК;

1 точка – фебрилитет над 38 градуса;

1 точка – цитопения (левкоцити под 3000, тромбоцити под 100 000).

Точки се дават за всеки установен признак – броят варира от 0 до 105 точки. Тази точкова система, определяща активността на заболяването, се отнася само за пациенти с вече поставена диагноза лупус – те се хоспитализират, ако имат 8 и повече точки.

Медикаментозното лечение включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи (болестопроменящи) противоревматични лекарствени средства:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- терапевтични средства с имуномодулиращ ефект – интравенозен гамаглобулин, биологични средства, моноклонални антитела и др.
- кортикостероиди:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- имуносупресори:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение:
 - кортикостероиди с удължено действие;
 - перкутанни средства;
- симптоматични – диуретици, кардиотоници, съдоразширяващи, антихипертензивни, антихистаминови, антикоагуланти, антиагреганти.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА

ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съгласно международно приетите диагностични критерии (таблицы), за съответната нозология и съобразно клиничната картина, рентгенографските промени, лабораторните и инструментални изследвания.

Имунологични изследвания се извършват веднъж на три месеца по преценка на лекуващия детски ревматолог, при когото е диспансеризирано детето.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ МЕДИЦИНСКИ КРИТЕРИИ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- поставена окончателна диагноза;
- овладяване на фебрилитета;
- подобрене на показателите за възпалителна и имунологична активност на заболяването;
- корекция на отклоненията в клинико-лабораторните показатели;
- приключване на пулс-терапия и корекция на отклоненията в клинико-лабораторните показатели.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Имунологични изследвания се извършват веднъж на три месеца по преценка на лекуващия детски ревматолог.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**СИСТЕМЕН ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДУС**

Системният лупус еритематозус (СЛЕ) е хронично автоимунно заболяване, което може да засегне различни органи и системи. Причините не са известни. Предполага се участие на голям брой наследствени рискови фактори, в съчетание с някои фактори на околната среда като: вирусни инфекции, някои медикаменти, слънчево облъчване.

СЛЕ е рядка болест, която засяга предимно момичета и млади жени във възрастта от 15-45 години, като съотношението жени/мъже е 9:1. Изявата на заболяването е необичайна под 5 години и много рядка във възрастта преди пубертета.

Началото на заболяването при повечето от случаите е постепенно, бавно, с неспецифични оплаквания от умора, отпадналост, непостоянна температура, отслабване на тегло, липса на апетит. По-късно се развиват специфични симптоми във връзка със засягане на един или повече органи. Измененията по кожата са чести и включват разнообразни обриви, като т.нар. "пеперудообразен обрив" по лицето, смятан за специфичен при СЛЕ, се установява в 30 - 50% от децата. Характерно за обривите при СЛЕ е тяхната фоточувствителност. Язвите по лигавицата на устата и носа също са чести в началото на заболяването. Понякога се явява косопад, зачервяване и побледняване на ръцете при студ (синдром на Рейно). При повечето от децата се развива артрит в различни стави, който е преходен, недеформиращ. Понякога децата имат оплаквания от болки в гърдите, усилващи се при дишане и болки зад гръдната кост. Състоянието се обуславя от възпаление на плеврата и перикарда.

Засягане на бъбреците се наблюдава при почти всички деца със СЛЕ и варира от леко възпаление до значителни увреждания на органите. Въпреки липсата на оплаквания в началото на заболяването се установяват патологични отклонения в урината и в изследванията, отразяващи бъбречната функция. При деца с по-тежко бъбречно увреждане се открива кръв в урината и отоци в областта на клепачите, в ходилата и долни крайници.

Засягането на централната нервна система е рядко. Протича с главоболие, гърчове и нервнопсихични прояви, като нарушена концентрация и памет, емоционална лабилност, депресия и психози.

В отделни случаи СЛЕ протича с анемия, дължаща се на разпад на еритроцитите (хемолитична) и/или с намаление на тромбоцитния брой, протичащо с прояви на кръвене от кожата, стомашно – чревния тракт и други органи.

При СЛЕ се откриват разнообразни имунологични отклонения и феномени, които подпомагат поставянето на диагнозата и проследяване на болните деца. Касае се за автоантитела, насочени най-често към клетъчното ядро (антинуклеарни антитела) и неговите компоненти (анти – ДНК антитела, насочени към генетичния материал на клетката, анти-3gp антитела, антифосфолипидни антитела и други). Изследването на комплексните протеини (С3 и С4) отразява активността на заболяването, особено при бъбречно засягане.

Глюкокортикостероидите (метилпреднизолон, преднизон или преднизолон) са основно лечение при СЛЕ. Те намаляват възпалителната и имунологична активност на заболяването. Дозата, начинът на приложението им (през устата или венозно) и продължителността на лечението, зависят от тежестта на заболяването и степента на органно засягане. Имуносупресивните медикаменти (циклофосфамид, имуран) също потискат патологичния имунен отговор и се включват при по-тежки форми на лупус или недостатъчен ефект от глюкокортикостероидите. Нестероидни антиревматични средства (фелоран, индометацин и други) се използват при ставно – мускулни болки (артрит) за кратък период от време.

Лечението е продължително и изисква периодични прегледи и изследвания, които се определят от лекуващия педиатър-ревматолог.

Прогнозата на заболяването е значително подобрена с ранното включване на глюкокортикостероиди и имunosупресори и умелия контрол на лечението.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Какво представлява болестта?

В превод от гръцки език "склеродерма" означава твърда кожа, защото кожата се променя в твърда и лъскава. Болестта има различни форми при които отличителен белег е втвърдената кожа.

При локализираната склеродермия заболяването е ограничено, като променените участъци имат формата на петна (морфея) или са линейни (линеарна склеродерма). Последната се придружава от промени в тъканите в дълбочина и това причинява деформации. В началото на заболяването кожните промени са оградени от червено-виолетов ръб. Има загуба на подкожна мастна тъкан, което причинява хлътване. При линеарната форма се наблюдава забавен растеж на подлежащите мускули и тъкани.

При системната склеродерма (системна склероза) заболяването е дифузно и поражда не само кожата, но и вътрешните органи. Това води до оплаквания, включващи затруднения в дишането, високо кръвно налягане, болки в сърдечната област.

Каква е честотата?

Това е рядко заболяване. Изследванията показват, че честотата не надвишава повече от 3 нови случая на 100 000 население за година. Локализираната склеродерма е обичайната форма на заболяването при деца, предимно момичета. Само 10 % от децата имат клиничните прояви на системна склероза.

Какво причинява болестта?

Това е възпалително заболяване, но причината за този особен вид възпаление все още не е установена. Болестта е автоимунна, което означава че имунната система на пациента реагира срещу кожните структури и/или вътрешните органи (при системна склероза). Възпалителният процес води до появата на оток и повишена температура. По-късно се разраства фиброзна тъкан (през периода на възстановяване).

Предава ли се болестта по наследство?

Няма доказателства за генетично предразположение към болестта. Проучванията в тази област продължават, особено при деца. При възрастни има съчетание с други автоимунни заболявания в семейството.

Можем ли да се предпазим от заболяването?

Няма профилактика на това заболяване.

Заразно ли е то?

Не. Някои инфекции могат да бъдат провокиращ фактор за отключване на болестта, но самото заболяване не е инфекциозно и болелите не трябва да се изолират от околните.

ЛОКАЛИЗИРАНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира болестта?

Често в ранните стадии около участъка на втвърдена кожа има пурпурно-виолетов ръб. Това е в резултат на възпалителния процес. Постепенно засегнатият участък кожа придобива кафяв, а по-късно по-бял оттенък. Диагнозата се поставя от опитен лекар и се потвърждава чрез кожна биопсия. Линеарната склеродерма засяга лентовидно горните или долни крайници. При процеса се обхващат в дълбочина подкожната тъкан, мускулите и подлежащите кости, което води до изоставане в растежа и развитието на крайника. Понякога линеарната склеродерма засяга лицето и скалпа. Кръвните тестове обикновено са

нормални по отношение на показателите за възпаление. При тази форма на заболяването няма значително засягане на вътрешни органи.

Какво е лечението на локализираната склеродерма?

То е по посока на ограничаване на възпалителния процес, затова трябва да започне рано. Лечението има много малко влияние върху вече отложената фиброзна тъкан. Ако възпалителния процес бъде спрял, организмът има възможността да реабсорбира част от фиброзната тъкан и така да се стигне до известно омекотяване на засегнатата кожа. Лекарската преценка е важна при избора на лечение, тъй като то може да варира от локално (с различни кремове) до включване на кортикостероиди и метотрексат. При линейната склеродерма е необходимо по-агресивно лечение, тъй като тъканото засягане в дълбочина е по-изразено. Ако не се проведе лечение, резултатът е скъсяване с умаляване на засегнатия крайник. Под твърдата кожа не се развива достатъчно подкожна мастна и мускулна тъкан. Втвърдената кожа около ставите води до тяхното деформиране и сковаване. За диагнозата най-често се използва термографията като тест, който измерва топлината на кожата. Противовъзпалителното лечение включва най-често кортикостероиди или метотрексат. Те трябва да бъдат предписани от ревматолог или дерматолог (детски ревматолог или детски дерматолог). Резултатът от лечението при локализираната склеродерма е все още в процес на проучване.

Физиотерапията е много важна част от лечението на линейната склеродерма - раздвижване на ставите, покрити с променена кожа, дълбок масаж, физиопроцедури. Важно е да бъдат използвани слънцезащитни кремове в областта на лезиите.

СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира системната склеродерма? Какви са главните симптоми?

Ранните симптоми са промяна в цвета на пръстите на ръцете и краката при вариране на околната температура (Рейно феномен), изтръпване и улцерации по върха на пръстите. Кожата се втвърдява и става по-лъскава. По-късно измененията могат да обхванат цялото тяло. Засягат се и вътрешни органи, което определя дългосрочната прогноза на болестта. Оценката на състоянието се извършва чрез кръвни или други функционални тестове.

При децата рано се засяга хранопровода, което е причина за смущения в гълтането. Може да се засегне и целия стомашно-чревен тракт. От поражението на белите дробове сърцето и бъбреците зависи изхода на болестта.

Какво е лечението на системната форма на склеродермия?

За съжаление няма лечение, което може да спре напълно прогресирането на това заболяване. Използват се кортикостероиди, метотрексат или Д-пенициламин. При Рейно феномен е важно да се поддържа добро кръвообращение чрез затопляне. Понякога се налага използването на лекарства разширяващи кръвоносните съдове. Когато има засягане на бял дроб или бъбреци се използва циклофосфамид. Изборът на подходяща схема на лечение трябва да се извърши от специалист ревматолог (детски ревматолог) често в екип с други специалисти. Под проучване са нови терапевтични схеми. Наложително е използването на физиотерапия, особено когато е затруднено движението в ставите или има затруднения в дишането.

Необходимост от периодични прегледи?

Те са необходими за да се установи дали заболяването прогресира, както и да се назначи съответното лечение. Контролира се функцията на бял дроб, сърце, бъбреци, чревен тракт, както и наличието на евентуални странични ефекти на лечението.

Какво е дългосрочното развитие на болестта?

Морфеята обикновено оставя само козметични кожни дефекти. Линейната склеродерма причинява сериозни козметични проблеми във връзка със загубата на мускулатура и засягането на костта.

Системната склероза е застрашаващо живота състояние. Продължителността на живота се определя от степента на засягане на вътрешните органи. При някои пациенти заболяването може да се постави под контрол за продължително време.

Възможно ли е пълно възстановяване?

Възстановяване е възможно при някои пациенти с локализирана склеродерма. При системна склероза това е по-малко вероятно. Целта е значително подобрене и стабилизиране на състоянието.

ПОЛИМИОЗИТ /ДЕРМАТОМИОЗИТ

Възпалителните заболявания на мускулите са хетерогенна група болестни състояния, характеризиращи се с проксимална мускулна слабост и негнойно възпаление на скелетната мускулатура. Основните прояви на болестта са мускулната слабост ангажираща симетрично раменния и тазовия пояс. Нарушени са обичайните движения на горните и долни крайници. Слабостта в шийната мускулатура затруднява вдигането на главата от възглавницата, засягането мускулатурата на мекото небце и гълтача затруднява преглъщането. Кожни прояви се наблюдават при болни с дерматомиозит, с оток и лилаво-червеникав обрив по клепачите на очите и откритите части на тялото. Понякога може да има болки по ставите, задух и затруднено дишане при засягане на междуребрена мускулатура. Сърдечните симптоми са сравнително рядко (ритъмни и проводни нарушения). При тази болест бъбреците не се засягат много.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определи стадият и активността на болестта и да се определи адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания, кожно-мускулна биопсия, електро-миография, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на полимиозит /дерматомиозита включва кортикостероиди, имunosупресори, антималярици. Изборът на конкретен медикамент или комбинация от медикаменти е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства, уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорност за вашето здраве.

СИСТЕМЕН ВАСКУЛИТ

Системните васкулити са група заболявания, чиято главна патологична проява е възпаление на съдовата стена. Това довежда до стеснение на съда и нарушено хранене на съответната тъкан или орган и последваща некроза (смърт на клетките и тъканите). Васкулитът може да бъде самостоятелно заболяване или вторична проява на друга основна болест. Причините за болестта в повечето случаи са неизвестни, но се наблюдават при някои вирусни инфекции, автоимунни заболявания, злокачествени заболявания, могат да се предизвикат от някои медикаменти, храни, напитки, консерванти, серуми, ваксини, ухапвания от насекоми и др.

Васкулитите се делят на първични и вторични, а също така и в зависимост от големината на поразения кръвоносен съд на такива, засягащи малки, средни и големи кръвоносни съдове.

Болестта може да се прояви по различни начини в зависимост от степента и локализацията на съдовото засягане. Според остротата на протичане се различават по-бавно прогресиращи и ограничени форми, както и с бърза еволюция и многосистемно засягане. Обикновено заболяването започва с някои неспецифични симптоми като повишена температура, отпадналост, загуба на тегло и др. Наред с това се манифестират и прояви, подсказващи многосистемно засягане - кожен обрив, периферна невропатия, асиметричен артрит. Паралелно може да се появят и симптоми от вътрешните органи: бъбреци, стомашно-чревен тракт, сърце и др.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания; да се определи стадия и активността на Вашето заболяване и да се назначи подходящо лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури и рентгенови изследвания, кожно – мускулна биопсия, ангиография, ядрено-магнитен резонанс, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на системните васкулити включва: кортикостероиди, имуносупресори (циклофосфамид), имуномодулиращи, други медикаменти. Провежда се в някои случаи лечение с моноклонални антитела, плазмафереза, лимфофереза, криоплазмафереза. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущения, уведомете лекуващия Ви лекар. Гаранция за успешното лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 89.3 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪЕДИНИТЕЛНАТА ТЪКАН ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ - С УСЛОЖНЕНИЯ

Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възлест полиартериит и наследствени състояния

M30.0 Възлест полиартериит

M30.1 Полиартериит с увреждане на белия дроб [Churg-Strauss]

Алергичен грануломатозен ангиит

Кръстосан полиангиит-синдром

Други некротизиращи васкулопатии

M31.1 Тромботична микроангиопатия

Тромботична тромбоцитопенична пурпура

M31.3 Грануломатоза на Wegener

Некротизираща респираторна грануломатоза

M31.4 Синдром на аортната дъга [Takayasu]

M31.8 Други уточнени некротизиращи васкулопатии

Хипокомплементемичен васкулит

Дисеминиран lupus erythematoses

Не включва: lupus erythematoses (дискоиден) (БДУ) (L93.0)

M32.1† Дисеминиран lupus erythematoses с увреждане на други органи или системи

Дисеминиран lupus erythematoses с увреждане на:

- белия дроб (J99.1*)

- бъбреците (N08.5* , N16.4*)

Болест на Libman-Sacks (I39.—*)

Перикардит при дисеминиран lupus erythematoses (I32.8*)

M32.8 Други форми на дисеминиран lupus erythematoses

M33.1 Други дерматомиозити

M34.8 Други форми на системна склероза

Системна склероза с:

- увреждане на белия дроб† (J99.1*)

- миопатия† (G73.7*)

Диагнозите със знак звездичка (*), не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

Диагноза с МКБ код M32.8 „Други форми на дисеминиран lupus erythematoses“ в тази КП включва мозъчна форма и трансверзален миелит.

Диагноза с МКБ код M33.1 „Други дерматомиозити“ в тази КП включва засягане на белите дробове или сърцето.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на кожа и подкожна тъкан

30071-00 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

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])

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

59903-03 Аортография

Артериография

59970-05 Артериография на бъбречни артерии

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

Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
90901-04	Магнитно резонансна томография на гръден кош <i>Включва:</i> сърце
1926	Микробиологични изследвания
91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура антибиограма
1932	Изследвания на урината
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-12	Химично изследване на урина рН Белтък Билирубин Уробилиноген Глюкоза Кетони Относително тегло Нитрити Левкоцити Кръв
1924	Биохимични изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Клинично-химични изследвания за Креатинкиназа (КК)
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
91910-11	Изследване на фибриноген
1930	Имунологични изследвания
91923-07	Изследване на ревматоиден фактор

91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
1927	Морфологични изследвания
91934-06	Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност за хистология
91919-00	Микроскопско изследване на проба от кожа и друга покривна тъкан Капиляроскопия Друго морфологично изследване
Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение	
	<p><i>Включва:</i> кръвни:</p> <ul style="list-style-type: none"> • поток } • обем } изследване <p><i>Не включва:</i> това на става (61446-01, 61449-01 [2010])</p>
61446-00	Локализирано костно изследване
61421-00	Изследване на костна система на цяло тяло
	<p><i>Включва:</i> кръвни:</p> <ul style="list-style-type: none"> • поток } • обем } изследване
Невромускулна електродиагностика	
<p>ЕМГ [електромиография]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невромускулна проводимост</p>	
11012-00	Електромиография (ЕМГ)
	<i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки точки	
50124-01	<p>Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, некласифицирано другаде</p> <p>Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ</p> <p>Инжектиране:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в bursa на: <ul style="list-style-type: none"> • кортикостероид • локален анестетик
Приложение на фармакотерапия	
96199-11	Интравенозно приложение на на фармакологичен агент. Антикоагуланти
96200-11	Подкожно приложение на на фармакологичен агент. Антикоагуланти
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96201-03	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
13706-05	Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и две диагностични процедури, едната от които задължително е изследване на кръв.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на целия комплекс от следните медико-диагностични изследвания: хематологични изследвания /минимум/: хемоглобин, СУЕ, левкоцити (91910-04, 91910-07), левкограма (91910-05), фибриноген (91910-11); имунологични изследвания /минимум/: РФ/Waaler Ross/ (91923-07), ANA (91924-01) и/или следните биохимични изследвания: кр. захар (91910-12), урея (91910-14), креатинин (91910-13), ALAT (91910-27), ASAT (91910-26), КК (91910-28).

Диагностичната процедура изследване на урина включва следните медико-диагностични изследвания: посевка на урина (91920-02), бъбречен клирънс (91920-11), химично изследване на урина (91920-12).

Основна процедура **92191-00/ 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.

Код **91934-06** "Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност за хистология" по тази КП и за тази възрастова група включва: друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност - микроскопско изследване на: кост, лигамент, бурса, мускул, хрущял, синовиална мембрана, фасция, сухожилие, кожа ставна течност;

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с терапевтична процедура **50124-01**.

Всички медико-диагностични изследвания, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се осъществяват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

1. Договор за изпълнение на КП № 89.3 могат да сключат лечебни заведения за болнична помощ, през които по КП 89.1 през 2019 г. са преминали не по-малко от 110 ЗОЛ.

2. По КП № 89.3 НЗОК заплаща на лечебното заведение не повече от 15% от общия брой преминали ЗОЛ по КП 89.1 в същото ЛЗ.

3. НЗОК заплаща за лечението на едно ЗОЛ по КП № 89.3 не повече от един път за една календарна година. При необходимост от повторна хоспитализация по същата КП, НЗОК заплаща на лечебното заведение по цената, определена за КП № 89.1.

НЗОК не заплаща за лечение на едно и също ЗОЛ по КП № 89.3 и по КП № 89.1 в рамките на един отчетен период.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Ревматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ревматология"

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Ревматология”.

1. 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 ревматология
2. Клинична лаборатория *
3. Отделение по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия; КТ или МРТ; ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апарат за двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (ДХА)
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта
4. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина - второ ниво на компетентност
5. Имунологична лаборатория - трето ниво на компетентност

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- шестима лекари, от които четирима лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателен апарат;
- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.;

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Имунологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.1. Диагностика и лечение на пациенти с доказани системни автоимунни заболявания и наличие на:

- тежка психоза, епилептичен гърч, мозъчно-съдов инцидент;
- транзверзален миелит или оптикомиелит;
- тежък интоксикационно-фебрилен синдром;
- васкулит с некрози;
- бързопрогресиращ полимиозит;
- остро възникнал нефрозен синдром или рязко повишение на креатинина;
- белодробни прояви, изхождащи от болестта (пулмонит, белодробна съдова болест, плеврален излив);
- прогресиращ автоимунен кардит (перикарден излив, миокардит с прогресираща СН, рефрактерен на ГКС лечение, ендакардит с увреждане на клапи);
- васкулитен обрив, съчетан с коремна болка;
- новоустановена артериална хипертония;
- цитопения (левкоцити под 2500, тромбоцити под 90 000);
- васкулитен синдром и рецидивираща хематурия и/или протеинурия;
- васкулитни исхмични прояви от страна на горните крайници, долните крайници, коремните и мозъчните кръвоносни съдове;
- бързо прогресиращ модифициран Rodnan skin score или еритродермия;
- бързо прогресиращ синдром на Raynaud с тежки исхемични прояви или некрози.

1.2. Първоначална диагностика, стадиране и определяне на терапевтичен подход при болни с данни за системно заболяване;

1.3. Диагностично уточняване, рестадирание и корекция на терапевтичен подход при болни със системно заболяване с недостатъчен терапевтичен ефект от провежданото извънболнично лечение;

1.4. Провеждане на пулс-терапия с цитостатици, кортикостероиди, интравенозен гамма-глобулин и други биологични средства по определена терапевтична схема.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването.

Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография същата се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Медикаментозното лечение включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи (болестопроменящи) противоревматични лекарствени средства;
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение.
- кортикостероиди:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- имуносупресори:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение
 - кортикостероиди с удължено действие;
 - перкутанни средства
- симптоматични – диуретици, кардиотоници, съдоразширяващи, антихипертензивни, антихистаминови, антикоагуланти, антиагреганти.
- лечебна плазмафереза – при съответни индикации.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011 г.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Съгласно международно приетите диагностични таблици за съответната нозология и съобразно клиничната картина, рентгенографските промени, лабораторните и

инструментални изследвания.

4. 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

1. поставена окончателна диагноза;
2. овладяване на фебрилитета;
3. подобрене в общото състояние и на показателите за клинична или биологична активност на заболяването;
4. приключване на пулстерапия.

ДОВЪРШВАНЕ НА ЛЕЧЕБНИЯ ПРОЦЕС И ПРОСЛЕДЯВАНЕ

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в наредбата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза.

III. 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**СИСТЕМЕН ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДУС**

Системният лупус еритематозус (СЛЕ) е хронично автоимунно заболяване, което може да засегне различни органи и системи. Причините не са известни. Предполага се участие на голям брой наследствени рискови фактори, в съчетание с някои фактори на околната среда като: вирусни инфекции, някои медикаменти, слънчево облъчване.

СЛЕ е рядка болест, която засяга предимно момичета и млади жени във възрастта от 15-45 години, като съотношението жени/мъже е 9:1. Изявата на заболяването е необичайна под 5 години и много рядка във възрастта преди пубертета.

Началото на заболяването при повечето от случаите е постепенно, бавно, с неспецифични оплаквания от умора, отпадналост, непостоянна температура, отслабване на тегло, липса на апетит. По-късно се развиват специфични симптоми във връзка със засягане на един или повече органи. Измененията по кожата са чести и включват разнообразни обриви, като т.нар. "пеперудообразен обрив" по лицето, смятан за специфичен при СЛЕ, се установява в 30 - 50% от децата. Характерно за обривите при СЛЕ е тяхната фоточувствителност. Язвите по лигавицата на устата и носа също са чести в началото на заболяването. Понякога се явява косопад, зачервяване и побледняване на ръцете при студ (синдром на Рейно). При повечето от децата се развива артрит в различни стави, който е преходен, недеформиращ. Понякога децата имат оплаквания от болки в гърдите, усилващи се при дишане и болки зад гръдната кост. Състоянието се обуславя от възпаление на плеврата и перикарда.

Засягане на бъбреците се наблюдава при почти всички деца със СЛЕ и варира от леко възпаление до значителни увреждания на органите. Въпреки липсата на оплаквания в началото на заболяването се установяват патологични отклонения в урината и в изследванията, отразяващи бъбречната функция. При деца с по-тежко бъбречно увреждане се открива кръв в урината и отоци в областта на клепачите, в ходилата и долни крайници.

Засягането на централната нервна система е рядко. Протича с главоболие, гърчове и нервнопсихични прояви, като нарушена концентрация и памет, емоционална лабилност, депресия и психози.

В отделни случаи СЛЕ протича с анемия, дължаща се на разпад на еритроцитите (хемолитична) и/или с намаление на тромбоцитния брой, протичащо с прояви на кръвене от кожата, стомашно – чревния тракт и други органи.

При СЛЕ се откриват разнообразни имунологични отклонения и феномени, които подпомагат поставянето на диагнозата и проследяване на болните деца. Касае се за автоантитела, насочени най-често към клетъчното ядро (антинуклеарни антитела) и неговите компоненти (анти – ДНК антитела, насочени към генетичния материал на клетката, анти-3gp антитела, антифосфолипидни антитела и други). Изследването на комплексните протеини (С3 и С4) отразява активността на заболяването, особено при бъбречно засягане.

Глюкокортикостероидите (метилпреднизолон, преднизон или преднизолон) са основно лечение при СЛЕ. Те намаляват възпалителната и имунологична активност на заболяването. Дозата, начинът на приложението им (през устата или венозно) и продължителността на лечението, зависят от тежестта на заболяването и степента на органно засягане. Имуносупресивните медикаменти (циклофосфамид, имуран) също потискат патологичния имунен отговор и се включват при по-тежки форми на лупус или недостатъчен ефект от глюкокортикостероидите. Нестероидни антиревматични средства (фелоран, индометацин и други) се използват при ставно – мускулни болки (артрит) за кратък период от време.

Лечението е продължително и изисква периодични прегледи и изследвания, които се определят от лекуващия педиатър-ревматолог.

Прогнозата на заболяването е значително подобрена с ранното включване на глюкокортикостероиди и имunosупресори и умелия контрол на лечението.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Какво представлява болестта?

В превод от гръцки език "склеродерма" означава твърда кожа, защото кожата се променя в твърда и лъскава. Болестта има различни форми при които отличителен белег е втвърдената кожа.

При локализираната склеродермия заболяването е ограничено, като променените участъци имат формата на петна (морфея) или са линейни (линейна склеродерма). Последната се придружава от промени в тъканите в дълбочина и това причинява деформации. В началото на заболяването кожните промени са оградени от червено-виолетов ръб. Има загуба на подкожна мастна тъкан, което причинява хлътване. При линейната форма се наблюдава забавен растеж на подлежащите мускули и тъкани.

При системната склеродерма (системна склероза) заболяването е дифузно и поражда не само кожата, но и вътрешните органи. Това води до оплаквания, включващи затруднения в дишането, високо кръвно налягане, болки в сърдечната област.

Каква е честотата?

Това е рядко заболяване. Изследванията показват, че честотата не надвишава повече от 3 нови случая на 100 000 население за година. Локализираната склеродерма е обичайната форма на заболяването при деца, предимно момичета. Само 10 % от децата имат клиничните прояви на системна склероза.

Какво причинява болестта?

Това е възпалително заболяване, но причината за този особен вид възпаление все още не е установена. Болестта е автоимунна, което означава че имунната система на пациента реагира срещу кожните структури и/или вътрешните органи (при системна склероза). Възпалителният процес води до появата на оток и повишена температура. По-късно се разраства фиброзна тъкан (през периода на възстановяване).

Предава ли се болестта по наследство?

Няма доказателства за генетично предразположение към болестта. Проучванията в тази област продължават, особено при деца. При възрастни има съчетание с други автоимунни заболявания в семейството.

Можем ли да се предпазим от заболяването?

Няма профилактика на това заболяване.

Заразно ли е то?

Не. Някои инфекции могат да бъдат провокиращ фактор за отключване на болестта, но самото заболяване не е инфекциозно и болелите не трябва да се изолират от околните.

ЛОКАЛИЗИРАНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира болестта?

Често в ранните стадии около участъка на втвърдена кожа има пурпурно-виолетов ръб. Това е в резултат на възпалителния процес. Постепенно засегнатият участък кожа придобива кафяв, а по-късно по-бял оттенък. Диагнозата се поставя от опитен лекар и се потвърждава чрез кожна биопсия. Линейната склеродерма засяга лентовидно горните или долни крайници. При процеса се обхващат в дълбочина подкожната тъкан, мускулите и подлежащите кости, което води до изоставане в растежа и развитието на крайника. Понякога линейната склеродерма засяга лицето и скалпа. Кръвните тестове обикновено са

нормални по отношение на показателите за възпаление. При тази форма на заболяването няма значително засягане на вътрешни органи.

Какво е лечението на локализираната склеродерма?

То е по посока на ограничаване на възпалителния процес, затова трябва да започне рано. Лечението има много малко влияние върху вече отложената фиброзна тъкан. Ако възпалителния процес бъде спрял, организмът има възможността да реабсорбира част от фиброзната тъкан и така да се стигне до известно омекотяване на засегнатата кожа. Лекарската преценка е важна при избора на лечение, тъй като то може да варира от локално (с различни кремове) до включване на кортикостероиди и метотрексат. При линейната склеродерма е необходимо по-агресивно лечение, тъй като тъканото засягане в дълбочина е по-изразено. Ако не се проведе лечение, резултатът е скъсяване с умаляване на засегнатия крайник. Под твърдата кожа не се развива достатъчно подкожна мастна и мускулна тъкан. Втвърдената кожа около ставите води до тяхното деформиране и сковаване. За диагнозата най-често се използва термографията като тест, който измерва топлината на кожата. Противовъзпалителното лечение включва най-често кортикостероиди или метотрексат. Те трябва да бъдат предписани от ревматолог или дерматолог (детски ревматолог или детски дерматолог). Резултатът от лечението при локализираната склеродерма е все още в процес на проучване.

Физиотерапията е много важна част от лечението на линейната склеродерма - раздвижване на ставите, покрити с променена кожа, дълбок масаж, физиопроцедури. Важно е да бъдат използвани слънцезащитни кремове в областта на лезиите.

СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира системната склеродерма? Какви са главните симптоми?

Ранните симптоми са промяна в цвета на пръстите на ръцете и краката при вариране на околната температура (Рейно феномен), изтръпване и улцерации по върха на пръстите. Кожата се втвърдява и става по-лъскава. По-късно измененията могат да обхванат цялото тяло. Засягат се и вътрешни органи, което определя дългосрочната прогноза на болестта. Оценката на състоянието се извършва чрез кръвни или други функционални тестове.

При децата рано се засяга хранопровода, което е причина за смущения в гълтането. Може да се засегне и целия стомашно-чревен тракт. От поражението на белите дробове сърцето и бъбреците зависи изхода на болестта.

Какво е лечението на системната форма на склеродермия?

За съжаление няма лечение, което може да спре напълно прогресирането на това заболяване. Използват се кортикостероиди, метотрексат или Д-пенициламин. При Рейно феномен е важно да се поддържа добро кръвообращение чрез затопляне. Понякога се налага използването на лекарства разширяващи кръвоносните съдове. Когато има засягане на бял дроб или бъбреци се използва циклофосфамид. Изборът на подходяща схема на лечение трябва да се извърши от специалист ревматолог (детски ревматолог) често в екип с други специалисти. Под проучване са нови терапевтични схеми. Наложително е използването на физиотерапия, особено когато е затруднено движението в ставите или има затруднения в дишането.

Необходимост от периодични прегледи?

Те са необходими за да се установи дали заболяването прогресира, както и да се назначи съответното лечение. Контролира се функцията на бял дроб, сърце, бъбреци, чревен тракт, както и наличието на евентуални странични ефекти на лечението.

Какво е дългосрочното развитие на болестта?

Морфеята обикновено оставя само козметични кожни дефекти. Линейната склеродерма причинява сериозни козметични проблеми във връзка със загубата на мускулатура и засягането на костта.

Системната склероза е застрашаващо живота състояние. Продължителността на живота се определя от степента на засягане на вътрешните органи. При някои пациенти заболяването може да се постави под контрол за продължително време.

Възможно ли е пълно възстановяване?

Възстановяване е възможно при някои пациенти с локализирана склеродерма. При системна склероза това е по-малко вероятно. Целта е значително подобрене и стабилизиране на състоянието.

ПОЛИМИОЗИТ /ДЕРМАТОМИОЗИТ

Възпалителните заболявания на мускулите са хетерогенна група болестни състояния, характеризиращи се с проксимална мускулна слабост и негнойно възпаление на скелетната мускулатура. Основните прояви на болестта са мускулната слабост ангажираща симетрично раменния и тазовия пояс. Нарушени са обичайните движения на горните и долни крайници. Слабостта в шийната мускулатура затруднява вдигането на главата от възглавницата, засягането мускулатурата на мекото небце и гълтача затруднява преглъщането. Кожни прояви се наблюдават при болни с дерматомиозит, с оток и лилаво-червеникав обрив по клепачите на очите и откритите части на тялото. Понякога може да има болки по ставите, задух и затруднено дишане при засягане на междуребрена мускулатура. Сърдечните симптоми са сравнително рядко (ритъмни и проводни нарушения). При тази болест бъбреците не се засягат много.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определи стадият и активността на болестта и да се определи адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания, кожно-мускулна биопсия, електро-миография, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на полимиозит /дерматомиозита включва кортикостероиди, имunosупресори, антimalарици. Изборът на конкретен медикамент или комбинация от медикаменти е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства, уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорност за вашето здраве.

СИСТЕМЕН ВАСКУЛИТ

Системните васкулити са група заболявания, чиято главна патологична проява е възпаление на съдовата стена. Това довежда до стеснение на съда и нарушено хранене на съответната тъкан или орган и последваща некроза (смърт на клетките и тъканите). Васкулитът може да бъде самостоятелно заболяване или вторична проява на друга основна болест. Причините за болестта в повечето случаи са неизвестни, но се наблюдават при някои вирусни инфекции, автоимунни заболявания, злокачествени заболявания, могат да се предизвикат от някои медикаменти, храни, напитки, консерванти, серуми, ваксини, ухапвания от насекоми и др.

Васкулитите се делят на първични и вторични, а също така и в зависимост от големината на поразения кръвоносен съд на такива, засягащи малки, средни и големи кръвоносни съдове.

Болестта може да се прояви по различни начини в зависимост от степента и локализацията на съдовото засягане. Според остротата на протичане се различават по-бавно прогресиращи и ограничени форми, както и с бърза еволюция и многосистемно засягане. Обикновено заболяването започва с някои неспецифични симптоми като повишена температура, отпадналост, загуба на тегло и др. Наред с това се манифестират и прояви, подсказващи многосистемно засягане - кожен обрив, периферна невропатия, асиметричен артрит. Паралелно може да се появят и симптоми от вътрешните органи: бъбреци, стомашно-чревен тракт, сърце и др.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания; да се определи стадия и активността на Вашето заболяване и да се назначи подходящо лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури и рентгенови изследвания, кожно – мускулна биопсия, ангиография, ядрено-магнитен резонанс, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на системните васкулити включва: кортикостероиди, имуносупресори (циклофосфамид), имуномодулиращи, други медикаменти. Провежда се в някои случаи лечение с моноклонални антитела, плазмафереза, лимфофереза, криоплазмафереза. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущения, уведомете лекуващия Ви лекар. Гаранция за успешното лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП№ 90 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ВЪЗПАЛИТЕЛНИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП№ 90.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ВЪЗПАЛИТЕЛНИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I00 Ревматизъм без данни за засягане на сърцето

Ревматичен артрит — остър или подостър

Перикардит при болести, класифицирани другаде

I32.8* Перикардит при други болести, класифицирани другаде

Перикардит (при):

- ревматоиден артрит

Ендокардит и увреждания на сърдечните клапи при болести, класифицирани другаде

Включва: увреждане на ендокарда при:
ревматоиден артрит (M05.3†)

Увреждания на митралната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.1* Увреждания на аортната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.2* Увреждания на трикуспидалната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.3* Увреждания на пулмоналната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.4* Увреждания на няколко клапи при болести, класифицирани другаде

Миокардит при болести, класифицирани другаде

I41.8* Миокардит при други болести, класифицирани другаде

Ревматоиден миокардит (M05.3†)

Саркоидозен миокардит (D86.8†)

Други увреждания на сърцето при болести, класифицирани другаде

Не включва: сърдечно-съдови нарушения БДУ при болести, класифицирани другаде (I98.—*)

I52.8 Други сърдечни увреждания при други болести, класифицирани другаде

Ревматоиден кардит (M05.3†)

Респираторни нарушения при болести, класифицирани другаде

J99.0* Ревматоидна болест на белия дроб (M05.1†)

Псориазис

L40.5† Артропатичен псориазис (M07.0—M07.3*, M09.0*)

Стафилококов артрит и полиартрит

M00.00 Множествена локализация

M00.01 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M00.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.03 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M00.04 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M00.05 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M00.06 Колянна	голям пищял[тибия]	колянна става	

област	малък пищял[фибула]	
M00.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става
	метатарзални кости	други стави на стъпалото
	фаланги	
M00.08 Други	гръбначен стълб	
	ребра	
	шия	
	череп	
	глава	
	тяло	

Пневмококов артрит и полиартрит

M00.10 Множествена локализация

M00.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M00.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.13 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M00.14 Китка	карпални кости	ставите между всички тези кости	
	метакарпални кости		
	фаланги		
M00.15 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M00.16 Колянна област	голям пищял[тибия]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M00.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M00.18 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Други стрептококови артрити и полиартрити

M00.20 Множествена локализация

M00.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M00.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.23 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M00.24 Китка	карпални кости	ставите между всички тези кости	
	метакарпални кости		
	фаланги		
M00.25 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M00.26 Колянна област	голям пищял[тибия]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M00.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M00.28 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артрити и полиартрити, предизвикани от други уточнени бактериални, агенти**M00.80 Множествена локализация**

M00.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M00.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M00.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M00.85 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M00.86 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M00.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M00.88 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Менингококов артрит (A39.8†)*Не включва:* постменингококов артрит (M03.0*)**M01.00* Множествена локализация**

M01.01* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M01.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.03* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M01.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M01.05* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M01.06* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M01.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M01.08* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Артрит при Лаймска болест (A69.2†)**M01.20* Множествена локализация**

M01.21* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M01.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.23* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M01.24* Китка	карпални кости	ставите между всички	

M01.25* Тазова област и бедро	метакарпални кости фаланги сакрум бедрена кост таз	тези кости тазобедрена става сакроилиачна става
M01.26* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
M01.27* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M01.28* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Артрит при други бактериални болести, класифицирани другаде

Артрит при:

- лепра [болест на Hansen] (A30.—†)
- локализирана салмонелозна инфекция (A02.2†)
- тиф и паратиф (A01.—†)
- гонококов артрит (A54.4†)

M01.30* Множествена локализация

M01.31* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M01.32* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.33* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M01.34* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M01.35* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост	тазобедрена става сакроилиачна става	
M01.36* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M01.37* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M01.38* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Артрит при рубеола (B06.8†)

M01.40* Множествена локализация

M01.41* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M01.42* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.43* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M01.44* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M01.45* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M01.46* Колянна	голям пищял[тибия]	колянна става	

област	малък пищял[фибула]	
M01.47* Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става
	метатарзални кости	други стави на стъпалото
	фаланги	
M01.48* Други	гръбначен стълб	
	ребра	
	шия	
	череп	
	глава	
	тяло	

Артрит при други вирусни болести, класифицирани другаде

Артрит при:

- треска O'nyong-nyong (A92.1†)
- епидемичен паротит (B26.8†)

M01.50* Множествена локализация

M01.51* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M01.52* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.53* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.54* Китка	карпални кости	ставите между всички тези кости	
	метакарпални кости		
	фаланги		
M01.55* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сacroiliачна става	
	таз		
M01.56* Колянна област	голям пищял[тибия]	колянна става	
M01.57* Глезенна става и стъпало	малък пищял[фибула]		
	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		

M01.58* Други	гръбначен стълб	
	ребра	
	шия	
	череп	
	глава	
	тяло	

Артрит при микози (B35-B49†)

M01.60* Множествена локализация

M01.61* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M01.62* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.63* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.64* Китка	карпални кости	ставите между всички тези кости	
	метакарпални кости		
	фаланги		
M01.65* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сacroiliачна става	
	таз		
M01.66* Колянна област	голям пищял[тибия]	колянна става	
M01.67* Глезенна става и стъпало	малък пищял[фибула]		
	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M01.68* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		

глава
тяло

Артрит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

M01.80* Множествена локализация

M01.81* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M01.82* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.83* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M01.84* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M01.85* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M01.86* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M01.87* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M01.88* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Артропатия след чревна анастомоза

M02.00 Множествена локализация

M02.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M02.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M02.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M02.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M02.05 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M02.06 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M02.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M02.08 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Постдизентерийна артропатия

M02.10 Множествена локализация

M02.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M02.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M02.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	

M02.14 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M02.15 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M02.16 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
M02.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M02.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Синдром на Reiter-Leroy

M02.30 Множествена локализация

M02.31 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M02.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	

M02.33 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
---------------------------	-----------------------------	----------------

M02.34 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
---------------------	---	------------------------------------

M02.35 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
---	-------------------------------	---

M02.36 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
----------------------------------	---	---------------

M02.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
--	---	--

M02.38 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
---------------------	---	--

Постменингококов артрит (A39.8†)

Не включва: менингококов артрит (M01.0*)

M03.00* Множествена локализация

M03.01* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M03.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	

M03.03* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
----------------------------	-----------------------------	----------------

M03.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
----------------------	---	------------------------------------

M03.05* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
--	-------------------------------	---

M03.06* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
-----------------------------------	---	---------------

M03.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости	глезенна става други стави на стъпалото
---	--------------------------------------	--

M03.08* Други
 фаланги
 гръбначен стълб
 ребра
 шия
 череп
 глава
 тяло

Други постинфекциозни артропатии при болести, класифицирани другаде

Постинфекциозна артропатия при:

- ентерит, предизвикан от *Yersinia enterocolitica* (A04.6†)
- вирусен хепатит (B15—B19†)

Не включва: вирусни артропатии (M01.4—M01.5*)

M03.20* Множествена локализация

M03.21* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M03.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M03.23* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M03.24* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M03.25* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroiliачна става	
M03.26* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M03.27* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M03.28* Други	гръбначен стълб ребра ший череп глава тяло		

Синдром на Felty

Ревматоиден артрит със спленомегалия и левкопения

M05.00 Множествена локализация

M05.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M05.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M05.04 Китка	карпални кости метакарпални кости	ставите между всички тези кости	
фаланги M05.05 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroiliачна става	
M05.06 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M05.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M05.08 Други	гръбначен стълб ребра ший череп		

глава
тяло

Ревматоидна болест със засягане на белия дроб (J99.0*)

M05.10† Множествена локализация

M05.11† Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M05.12† Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.13† Предмишница	лъчева кост	гривнена става	
M05.14† Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M05.15† Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M05.16† Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M05.17† Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M05.18† Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Ревматоиден артрит със засягане на други органи и системи

Ревматоиден(-на):

- кардит (I52.8*)
- ендокардит (I39.—*)
- миокардит (I41.8*)
- миопатия (G73.7*)
- перикардит (I32.8*)
- полиневропатия (G63.6*)

M05.30† Множествена локализация

M05.31† Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M05.32† Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.33† Предмишница	лъчева кост	гривнена става	
M05.34† Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M05.35† Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M05.36† Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M05.37† Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M05.38† Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Други серопозитивни ревматоидни артрити

M05.80 Множествена локализация

M05.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M05.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гъривнена става	
M05.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M05.85 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroiliачна става	
M05.86 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M05.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M05.88 Други	гърбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Серонегативен ревматоиден артрит**M06.00 Множествена локализация**

M06.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M06.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M06.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гъривнена става	
M06.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M06.05 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroiliачна става	
M06.06 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M06.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M06.08 Други	гърбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Болест на Still при възрастни**Не включва:** Болест на Still БДУ (M08.2)**M06.10 Множествена локализация**

M06.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M06.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M06.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гъривнена става	
M06.14 Китка	карпални кости метакарпални кости	ставите между всички тези кости	

M06.15 Тазова област и бедро	фаланги сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M06.16 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M06.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M06.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Дистална интерфалангеална псориатична артропатия (L40.5†)

M07.00* Множествена локализация

M07.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M07.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото

Инвалидизиращ артрит (L40.5†)

M07.10* Множествена локализация

M07.11* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M07.12* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.13* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M07.14* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M07.15* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M07.16* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M07.17* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M07.18* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Псориатичен спондилит (L40.5†)

M07.28* Други	гръбначен стълб
----------------------	-----------------

Други псориатични артропатии (L40.5†)

M07.30* Множествена локализация

M07.31* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M07.32* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.33* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M07.34* Китка	карпални кости	ставите между всички	

M07.35* Тазова област и бедро	метакарпални кости фаланги сакрум бедрена кост таз	тези кости тазобедрена става сакроилиачна става
M07.36* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
M07.37* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M07.38* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Артропатия при болестта на Crohn [регионален ентерит] (K50.—†)

M07.40* Множествена локализация

M07.41* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M07.42* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.43* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M07.44* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M07.45* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M07.46* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M07.47* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M07.48* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Артропатия при улцерозен колит (K51.—†)

M07.50* Множествена локализация

M07.51* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M07.52* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.53* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M07.54* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M07.55* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M07.56* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M07.57* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M07.58* Други	гръбначен стълб		

ребра
 шия
 череп
 глава
 тяло

Други ентеропатични артропатии

M07.60* Множествена локализация

M07.61* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M07.62* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.63* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M07.64* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M07.65* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroiliачна става	
M07.66* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M07.67* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M07.68* Други	гръбначен стълб ребра ший череп глава тяло		

Юношески анкилозираш спондилит

Не включва: анкилозираш спондилит при възрастни (M45)

M08.18 Други	гръбначен стълб ребра ший череп глава тяло
---------------------	---

Юношески артрит със системно начало

Болест на Still БДУ

Не включва: болест на Still с начални прояви при възрастни (M06.1)

M08.20 Множествена локализация

M08.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M08.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M08.23 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M08.24 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M08.25 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroiliачна става	
M08.26 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M08.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M08.28 Други	гръбначен стълб		

ребра
 шия
 череп
 глава
 тяло

Юношески полиартрит (серонегативен)

Ювенилен хроничен полиартрит

M08.30 Множествена локализация

Юношески пауциартикуларен артрит

M08.41 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M08.42 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M08.43 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M08.44 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M08.45 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M08.46 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M08.47 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M08.48 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Юношески артрит при псориазис (L40.5†)

M09.00* Множествена локализация

M09.01* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M09.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.03* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M09.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M09.05* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M09.06* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M09.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M09.08* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Юношески артрит при болестта на Crohn [регионален ентерит] (K50.—†)

M09.10* Множествена локализация

M09.11* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M09.12* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.13* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M09.14* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M09.15* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M09.16* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M09.17* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M09.18* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Юношески артрит при улцерозен колит (K51.—†)

M09.20* Множествена локализация

M09.21* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M09.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.23* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M09.24* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M09.25* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M09.26* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M09.27* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M09.28* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Хронична постревматична артропатия [Jaccoud]

M12.00 Множествена локализация

M12.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M12.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M12.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M12.05 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	

и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
M12.06 Колянна област	таз голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M12.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M12.08 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
<u>Болест на Kaschin-Beck</u>			
M12.10 Множествена локализация			
M12.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M12.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става	
M12.14 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M12.15 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M12.16 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M12.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M12.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
<u>Вилонодуларен синовит (пигментен)</u>			
M12.20 Множествена локализация			
M12.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M12.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.23 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става	
M12.24 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M12.25 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M12.26 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M12.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M12.28 Други	гръбначен стълб ребра шия череп		

глава
тяло

Палиндромен ревматизъм

M12.30 Множествена локализация

M12.31 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M12.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.33 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M12.34 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M12.35 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M12.36 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M12.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M12.38 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Интермитентна хидрартроза

M12.40 Множествена локализация

M12.41 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M12.42 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.43 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M12.44 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M12.45 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M12.46 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M12.47 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M12.48 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава		

Моноартрит, неклассифициран другаде

M13.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M13.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M13.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M13.14 Китка	карпални кости метакарпални кости	ставите между всички тези кости	

M13.15 Тазова област и бедро	фаланги сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M13.16 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
M13.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M13.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Други уточнени артрити

M13.80 Множествена локализация

M13.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M13.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M13.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M13.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M13.85 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M13.86 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M13.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M13.88 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Системни увреждания на съединителната тъкан при болести, класифицирани другаде

Не включва: артропатии при болести, класифицирани другаде (M14.—*)

M36.4* Артропатия при реакции на свръхчувствителност, класифицирани другаде
Артропатия при болестта на Schönlein-Henoch (D69.0†)

Анкилозираш спондилит

Ревматоиден артрит на гръбначния стълб

Не включва: артропатия при синдрома на Reiter (M02.3)
ювенилен (анкилозираш) спондилит (M08.1)
синдром на Behcet (M35.2)

M45.0	Множествено засягане на гръбначния стълб
M45.1	Окципито-атланто-аксисен отдел
M45.2	Шийна област
M45.3	Шийно-гръден отдел
M45.4	Гръден отдел
M45.5	Гръднопоясен отдел
M45.6	Поясен отдел
M45.7	Пояснокръстен отдел
M45.8	Кръстен и кръстноопашен отдел

Ентезопатия на гръбначния стълб

	Увреждане в инсерциите на лигаментите или мускулите на гръбначния стълб
M46.00	Множествено засягане на гръбначния стълб
M46.01	Окципито-атланта-аксисен отдел
M46.02	Шийна област
M46.03	Шийно-гръден отдел
M46.04	Гръден отдел
M46.05	Гръднопоясен отдел
M46.06	Поясен отдел
M46.07	Пояснокръстен отдел
M46.08	Кръстен и кръстноопашен отдел

Сакроилеит, неклаифициран другаде

M46.18 Сакроилеит, неклаифициран другаде - кръстен и кръстноопашен отдел

Други уточнени възпалителни спондилопатии

M46.80	Множествено засягане на гръбначния стълб
M46.81	Окципито-атланта-аксисен отдел
M46.82	Шийна област
M46.83	Шийно-гръден отдел
M46.84	Гръден отдел
M46.85	Гръднопоясен отдел
M46.86	Поясен отдел
M46.87	Пояснокръстен отдел
M46.88	Кръстен и кръстноопашен отдел

Забележка: диагнозите със знак звездичка (*), не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други инцизионни процедури на коляно

49557-00 Артроскопия на коляно

Аспирация на други мускулно-скелетни точки

50124-00 Аспирация на става или друга синовиална кухина, неклаифицирана другаде
Аспирация на бурса

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

59503-00 Рентгенографска пелвиметрия

Не включва: пелвиметрия чрез компютър томография (57201-00 [1964])

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур

Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57524-00	Рентгенография на феморална кост и коляно
57518-01	Рентгенография на коляно <i>Не включва:</i> изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
57524-01	Рентгенография на коляно и подбедрица
57518-02	Рентгенография на подбедрица
57524-04	Рентгенография на глезен и стъпало
Компютърна томография на таз	
	<i>Включва:</i> кост регион от криста илиака до симфиза меки тъкани <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) такава при сканиране на: • корем (56501-00, 56507-00 [1963]) • корем и гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])
56409-00	Компютърна томография на таз
56412-00	Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст
57201-00	Пелвиметрия чрез компютърна томография Измерване на обем и диаметър на таз чрез компютърна томография
Компютърна томография на крайник	
	<i>Включва:</i> ръка кост пръст крайници крак меки тъкани <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56619-00	Компютърна томография на крайник
56625-00	Компютърна томография на крайник с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на крайник, без, след това с венозен контраст
Ултразвук на сърце	
55113-00	М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност
Дуплекс ултразвук на крайник	
	<i>Включва:</i> такава включващи В-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ <i>Не включва:</i> такава с мапиране на кръвоносни съдове при байпас (55294 [1948])
55248-00	Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в горен крайник, едностранно
55248-01	Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в горен крайник, двустранно
55238-00	Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в долен крайник, едностранно
55238-01	Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в долен крайник, двустранно

Ултразвук на други места	
55800-00	Ултразвук на ръка или китка
55804-00	Ултразвук на предмишница или лакът
55808-00	Ултразвук на рамо или горна част на ръка
55816-00	Ултразвук на тазобедрена става
55828-00	Ултразвук на коляно
55836-00	Ултразвук на глезен или стъпало
Магнитно резонансен образ	
90901-01	Магнитно резонансна томография на глава <i>Включва:</i> лице орбита синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален) черепна кост <i>Не включва:</i> такава на мозък: • функционални (90901-09 [2015]) • БДУ (90901-00 [2015])
90901-02	Магнитно резонансна томография на шия <i>Не включва:</i> такава на шиен гръбнак (90901-03 [2015])
90901-03	Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб <i>Включва:</i> гръбначен мозък
90901-04	Магнитно резонансна томография на гръден кош <i>Включва:</i> сърце
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90901-06	Магнитно резонансна томография на таз <i>Включва:</i> пикочен мехур простата
90901-07	Магнитно резонансна томография на крайници
1926	Микробиологични изследвания
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
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
1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ

1930	Имунологични изследвания
91923-07	Изследване на ревматоиден фактор
1926	Микробиологични изследвания
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност
91934-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност за култура и чувствителност
1934	Други лабораторни изследвания
91934-09	Друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност Изследване на кристали, клетки, фагоцити и диференциално броене в ставна течност
Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение	
	<p><i>Включва:</i> кръвни:</p> <ul style="list-style-type: none"> • поток } • обем } изследване <p><i>Не включва:</i> това на става (61446-01, 61449-01 [2010])</p>
61446-00	Локализирано костно изследване
61421-00	Изследване на костна система на цяло тяло
Невромускулна електродиагностика	
11012-00	Електромиография (ЕМГ) <i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки	
50124-01	<p>Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, неклассифицирано другаде</p> <p>Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ</p> <p>Инжектиране:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в bursa на: • кортикостероид • локален анестетик
Приложение на фармакотерапия	
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96201-03	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и три различни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури.

Основна процедура **92191-00/ 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.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: биохимични изследвания - кр. захар (91910-12), креатинин (91910-13), ALAT (91910-27), ASAT (91910-26) и хематологични изследвания /минимум/: хемоглобин, левкоцити (91910-04), левкограма (91910-05), СУЕ (91910-07); и/или имунологични изследвания /минимум/: РФ /Waalser Rose/ (91923-07).

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с терапевтична процедура **50124-01**.

Всички диагностични процедури, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се извършват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Тежкопротичащи възпалителни ставни заболявания

Отделните части на цялостния процес на лечение се осигуряват чрез амбулаторна процедура "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с тежкопротичащи възпалителни полиартропатии и спондилопатии" и клинични пътеки "Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания".

Амбулаторна процедура № 42 не може да бъде отчетена в рамките на болничен престой по КП № 90, както и в един и същи отчетен период с КП № 90.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Ревматология, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ревматология", в обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", в обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология"

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Ревматология“, „Вътрешни болести“ и „Кардиология“.

1. 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 ревматология или клиника/отделение по вътрешни болести или клиника/отделение по кардиология
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия; КТ или МРТ; ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ
5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апарат за двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (ДХА)
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат

или

в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност – двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат. В клиника/отделение с III ниво на компетентност броят на специалистите е в съответствие с медицински стандарт „Ревматология“

или

в клиника/отделение/ легла по кардиология II ниво на компетентност – двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат. В клиника/отделение с III ниво на компетентност броят на специалистите е в съответствие с медицински стандарт „Ревматология“

- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.;

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Имунологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго лечебно заведение.

4.2. Радиоизотопна лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго лечебно заведение.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.1. Диагностика и лечение;

- остър моноартрит;
- остър септичен артрит;
- артрит с една от следните висцерални или системни прояви: плеврит, перикардит, пулмонит, кардит, васкулит,
- болни с артрит с висцерално или системно засягане : серозит, васкулит, пулмонит, кардит
- болни с артрит с възникнали усложнения, свързани със заболяването, провежданото лечение или външни фактори: инфекции, травми, левкопения, тромбоцитопения, остеопоротични фрактури на прешлен или ребро
- повишена СУЕ над 25 мм, сутрешна скованост над 1 час, остър моноартрит, остър септичен артрит, перикардит, пулмонит, кардит, васкулит,

1.2. Диагностика и лечение на пациенти с възпалителни ставни заболявания при наличие на клинични данни и данни от медико-диагностични изследвания за:

- полиартрит с висока активност – CRP с 50% над горната граница на нормата или СУЕ над 40 мм по Вестергрен или над 20 мм по Панченко и/или сутрешна скованост повече от три часа;
- спленомегалия, хепатомегалия, лимфаденомегалия, фебрилитет.
- болни с артрит, при които се изясняват болка и оток в нови стави или във вече засегнатите стави;
- болни с артрит с висцерално или системно засягане: интоксикационен синдром, фебрилитет, или очно засягане;

- болни с артрит с възникнали усложнения, свързани със заболяването, провежданото лечение или външни фактори:; медикаментозен хепатит, анемия;
- артрит с плеврит, хепатоспленомегалия, полиаденопатия, фебрилитет.

1.3. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с възпалителни ставни заболявания в детска възраст, провеждащи амбулаторно лечение

1.4. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с артрит, подлежащи на лечение със следните болестопроменящи противоревматични средства: златни соли, сулфасалазин, D-пенициламин, имunosупресори и цитостатици, пулс-терапия.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването. Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Медикаментозното лечение на артрит включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи (болестопроменящи) противоревматични лекарствени средства;
- кортикостероиди:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение
 - кортикостероиди с удължено действие;
 - химически вещества;
 - радиоизотопи;
 - перкутанни средства.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя, съобразно клиничната картина, рентгенографските промени и параклиничните отклонения и международно приетите критерии за съответното заболяване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

1. поставена окончателна диагноза;
2. овладяване на фебрилитета;
3. подобрение в общото състояние и подобрение на функционалния капацитет на засегнатите стави;
4. подобрение на показателите за биологична активност на заболяването.
5. корекция на отклоненията в клинично-лабораторните показатели;
6. приключване на пулстерапия и корекция на отклоненията в клинично-лабораторните показатели.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза.

III. 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”*.

**ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ
“ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.**

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ**

Ревматоидният артрит е хронично възпалително заболяване на ставите. То има прогресиращ ход. Формира се млада агресивна възпалителна тъкан, която уврежда ставния хрущял и подлежащата кост. При неправилно лечение и несистемен контрол от страна на специалист - ревматолог се стига до увреждане на ставите и влошаване на тяхната функция. Заболяването се характеризира със ставна болка и оток, сутрешна скованост продължаваща повече от 30 минути и затруднение на движенията.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определят стадият и активността на заболяването и да се назначи най-подходящото лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания като ставна пункция, ставна биопсия, фиброгастроскопия, рентгенова снимка, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на ревматоидния артрит включва приложението на нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи противоревматични средства, физиотерапевтични процедури и рехабилитация. Често пъти в хода на лечението се налага инжектиране във възпалените стави на различни медикаменти. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетентността на Вашия лекар. При изявата на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

БОЛЕСТ НА БЕХТЕРЕВ

Болезтта на Бехтерев е хронично възпалително заболяване, при което се засягат гръбначния стълб и сакроилиачните стави, както и периферните стави и околоставните сухожилия и лигаменти. В хода на болестта могат да се засегнат очите, белия дроб, сърцето и бъбреците. Боледуват предимно хора, носители на антиген В27 на тъканната съвместимост. Болестта на Бехтерев в гръбнака и сакроилиачните стави се характеризира с възпаление, след което започва вкостяване. Основните клинични прояви са болките постепенното ограничаване на движенията на гръбнака и периферните стави, болки и възпаление на ставните сухожилия, сутрешна скованост. При неправилно лечение се стига до блокиране на движенията на гръбнака поради вкостяването му. Целта на Вашата хоспитализация е да се направят клинични, лабораторни и инструментални изследвания, за да се определи стадия на заболяването и лечението. За целта може да се наложи провеждането на рентгенови изследвания, ставна пункция, биопсия, фиброгастроскопия, компютърна томография и други.

Лечението на болестта Бехтерев е комплексно и включва нестероидни противовъзпалителни средства, физиотерапевтични процедури, рехабилитация, някои болестнопроменящи средства. В хода на болестта може да се наложи инжектиране на медикаменти в някои периферни стави. Изборът на лечението е от компетентността на Вашия лекар. При поява на странични явления е необходимо да се уведоми лекуващия

лекар.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при определянето на лечебните процедури.

Ако по време на лечението желаете да го прекратите, може да го направите по всяко време без обяснения. Необходимо е да изразите желанието си писмено, с което освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето състояние.

ПСОРИАТИЧЕН АРТРИТ

Псориатичният артрит е хронично ставно възпалително заболяване, появяващо се в около половината от болните с кожното хронично заболяване псориазис. Псориазисът поражда кожата и ноктите на болния. При псориатичния артрит боледуват периферните стави на крайниците, гръбнака и ставните сухожилия. При неправилно лечение може да се стигне до ограничаване на функцията на периферните стави и гръбнака и тяхното увреждане. Псориатичният артрит е хронично, възпалително заболяване на ставите, протичащо с болки, отоци, ограничени движения на гръбнака и периферните стави, сутрешна скованост.

Вашата хоспитализация има за цел да бъдат направени клинични, лабораторни, инструментални изследвания, за да се определи стадия и активността на болестта и се назначи най-подходящото лечение за ставното и кожно поражение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури, като ставна или кожна биопсия, ставна пункция, фиброгастроскопия, рентгенови снимки и тн.

Лечението на псориатичния артрит е комбинирано лечение на кожните прояви на поражението на ноктите и на артритите. За лечението на артритите се прилагат нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи средства, физиотерапия и рехабилитация. За лечението на псориазиса успоредно се прилагат локални средства за кожата, таласотерапия. В хода на лечението на артритите често пъти се налага инжектиране на различни медикаменти в ставите. Изборът на медикаментите е от компетентността на Вашия лекар. Необходимо е едновременно лечение на псориазиса и артритите за постигане на резултати.

При всички случаи от Вас ще се иска съдействие при преценка на лечението.

Ако желаете да прекратите лечението може да направите това по всяко време. Необходимо е да изразите желанието си писмено и с това освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето състояние.

РЕАКТИВНИ АРТРИТИ СИНДРОМ НА РАЙТЕР

Синдромът на Райтер е реактивен артрит, засягащ предимно големите стави на долните крайници. Успоредно с артритите се срещат възпаления на очите, кожни и лигавични промени. Реактивният артрит е следствие на различни бактериални и вирусни инфекции. Най-честите причинители са полови и чревни инфекции (хламидии, йерсинии и шигели). При неправилно лечение, заболяването може да хронифицира и поразява повечето стави и гръбнака.

Целта на Вашата хоспитализация е да се направят клинични, серологични, лабораторни и инструментални изследвания. Необходимо е да се определи активността на заболяването за прилагане на адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на инвазивни процедури и рентгенови изследвания, като ставна пункция, ставна биопсия, фиброгастроскопия, рентгенови графии, скintiграфии.

Комплексното лечение на синдрома на Райтер и реактивните артрити включват лечение с нестероидни средства, болестопроменящи средства, като салазопирин

антибиотици, физиотерапевтични процедури и рехабилитация. В хода на лечението може да се наложи инжектиране на медикаменти във възпалените стави. Изборът е от компетентността на Вашия лекар. При нежелани странични явления от лекарствата е необходимо да се уведоми лекуващия екип.

Вашето съгласие ще се иска при вземане на решенията относно Вашето лечение.

По всяко време в хода на лечението може да го прекратите. Необходимо е да изразите писмено своето желание, като така освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето лечение.

РЕВМАТИЗЪМ

Ревматизмът е остро възпалително заболяване, дължащо се на предходна инфекция от β -хемолитичен стрептокок от група А, засягащо ставите (класически пример за реактивен артрит), сърцето, кожата, нервната система и подкожната тъкан. За него важи старата лекарска сентенция "Заболяването ближе ставите и хапе сърцето". Пристъпите най-често се появяват във възрастта между 5 и 15 години.

Вашата хоспитализация има за цел да ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, чрез които ще се определи стадия и активността на Вашето заболяване и ще се назначи съответното най-подходящо лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни или рентгенови изследвания (ставна пункция, синовиална биопсия, фиброгастроскопия, компютърна томография, магнитно-ядрен резонанс и др.).

Комплексното лечение включва нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи противоревматични медикаменти, комплексна рехабилитация. В хода на лечението може да се наложи прилагането на вътреставни манипулации. Изборът на дадени медикаменти или тяхната комбинация е от компетентността на Вашия лекар. При поява на нежелани лекарствени реакции и други смущаващи Ви обстоятелства уведомявайте Вашия лекуващ лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените указания.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение по отношение на различни лечебни процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснение. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП№ 90 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ВЪЗПАЛИТЕЛНИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП№ 90.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ВЪЗПАЛИТЕЛНИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I00 Ревматизъм без данни за засягане на сърцето

Ревматичен артрит — остър или подостър

Миокардит при болести, класифицирани другаде

I41.8* Миокардит при други болести, класифицирани другаде

Ревматоиден миокардит (M05.3†)

Саркоидозен миокардит (D86.8†)

тяло

Менингококов артрит (A39.8†)

Не включва: постменингококов артрит (M03.0*)

M01.00* Множествена локализация

M01.01* Раменна

област

ключица

лопатка

акромиоклавикуларна

скапулохумерална

стерноклавикуларна

} стави

M01.02* Мишница

раменна кост

лакътна става

M01.03* Предмишница

лакътна кост

гивнена става

лъчева кост

M01.04* Китка

карпални кости

ставите между всички

метакарпални кости

тези кости

фаланги

M01.05* Тазова област

сакрум

тазобедрена става

и бедро

бедрена кост

сакроилиачна става

таз

M01.06* Колянна

област

голям пищял[тибиа]

колянна става

малък пищял[фибула]

M01.07* Глезенна става

тарзални кости

глезенна става

и стъпало

метатарзални кости

други стави на стъпалото

фаланги

M01.08* Други

гръбначен стълб

ребра

шия

череп

глава

тяло

Артрит при Лаймска болест (A69.2†)

M01.20* Множествена локализация

M01.21* Раменна

област

ключица

лопатка

акромиоклавикуларна

скапулохумерална

стерноклавикуларна

} стави

M01.22* Мишница

раменна кост

лакътна става

M01.23* Предмишница

лакътна кост

гивнена става

лъчева кост

M01.24* Китка

карпални кости

ставите между всички

метакарпални кости

тези кости

фаланги

M01.25* Тазова област

сакрум

тазобедрена става

и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
M01.26* Колянна област	таз голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M01.27* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M01.28* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
<u>Артрит при други бактериални болести, класифицирани другаде</u>			
Артрит при:			
<ul style="list-style-type: none"> • лепра [болест на Hansen] (A30.—†) • локализирана салмонелозна инфекция (A02.2†) • тиф и партиф (A01.—†) 			
Гонококов артрит (A54.4†)			
M01.30* Множествена локализация			
M01.31* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M01.32* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.33* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става	
M01.34* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M01.35* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост	тазобедрена става сакроилиачна става	
M01.36* Колянна област	таз голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M01.37* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M01.38* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
<u>Артрит при рубеола (B06.8†)</u>			
M01.40* Множествена локализация			
M01.41* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M01.42* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.43* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става	
M01.44* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M01.45* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост	тазобедрена става сакроилиачна става	
M01.46* Колянна област	таз голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M01.47* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости	глезенна става други стави на стъпалото	

M01.48* Други

фаланги
гръбначен стълб
ребра
шия
череп
глава
тяло

Артрит при други вирусни болести, класифицирани другаде

Артрит при:

- треска O'nyong-nyong (A92.1†)
- епидемичен паротит (B26.8†)

M01.50* Множествена локализация

M01.51* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
-------------------------------	--------------------	---	---------

M01.52* Мишница	раменна кост	лакътна става
M01.53* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става

M01.54* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
----------------------	---	------------------------------------

M01.55* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
--------------------------------------	-------------------------------	---

M01.56* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
-------------------------------	---	---------------

M01.57* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
---	---	--

M01.58* Други

фаланги
гръбначен стълб
ребра
шия
череп
глава
тяло

Артрит при микози (B35-B49†)

M01.60* Множествена локализация

M01.61* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
-------------------------------	--------------------	---	---------

M01.62* Мишница	раменна кост	лакътна става
M01.63* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става

M01.64* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
----------------------	---	------------------------------------

M01.65* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
--------------------------------------	-------------------------------	---

M01.66* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
-------------------------------	---	---------------

M01.67* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
---	---	--

M01.68* Други

гръбначен стълб
ребра
шия
череп
глава
тяло

Артрит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде**M01.80* Множествена локализация**

M01.81* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M01.82* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.83* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M01.84* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M01.85* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroилиачна става	
M01.86* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M01.87* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M01.88* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Постдизентерийна артропатия**M02.10 Множествена локализация**

M02.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M02.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M02.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M02.14 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M02.15 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroилиачна става	
M02.16 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M02.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M02.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Синдром на Reiter-Leroy**M02.30 Множествена локализация**

M02.31 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M02.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M02.33 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M02.34 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	

M02.35 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M02.36 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M02.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M02.38 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
Постменингококов артрит (A39.8†)			
Не включва: менингококов артрит (M01.0*)			
M03.00* Множествена локализация			
M03.01* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M03.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M03.03* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
лъчева кост			
M03.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M03.05* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M03.06* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M03.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M03.08* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
Други постинфекциозни артропатии при болести, класифицирани другаде			
Постинфекциозна артропатия при:			
<ul style="list-style-type: none"> • ентерит, предизвикан от <i>Yersinia enterocolitica</i> (A04.6†) • вирусен хепатит (B15—B19†) 			
Не включва: вирусни артропатии (M01.4—M01.5*)			
M03.20* Множествена локализация			
M03.21* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M03.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M03.23* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M03.24* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M03.25* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M03.26* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M03.27* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	

и стъпало	метатарзални кости фаланги	други стави на стъпалото
M03.28* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
<u>Синдром на Felty</u> Ревматоиден артрит със спленомегалия и левкопения		
M05.00 Множествена локализация		
M05.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M05.02 Мишница	раменна кост	лакътна става
M05.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M05.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M05.05 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M05.06 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
M05.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M05.08 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
<u>Ревматоиден артрит със засягане на други органи и системи</u>		
Ревматоиден(-на):		
<ul style="list-style-type: none"> • кардит (I52.8*) • ендокардит (I39.—*) • миокардит (I41.8*) • миопатия (G73.7*) • перикардит (I32.8*) • полиневропатия (G63.6*) 		
M05.30† Множествена локализация		
M05.31† Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M05.32† Мишница	раменна кост	лакътна става
M05.33† Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M05.34† Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M05.35† Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M05.36† Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
M05.37† Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M05.38† Други	гръбначен стълб	

ребра
шия
череп
глава
тяло

Други серопозитивни ревматоидни артрити

M05.80 Множествена локализация

M05.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M05.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M05.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M05.85 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M05.86 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M05.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M05.88 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Серонегативен ревматоиден артрит

M06.00 Множествена локализация

M06.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M06.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M06.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M06.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M06.05 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M06.06 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M06.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M06.08 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Ревматоиден бурсит

M06.20 Множествена локализация

M06.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави

M06.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M06.23 Предмишница	лакътна кост	гвивнена става	
	лъчева кост		
M06.24 Китка	карпални кости	ставите между всички тези кости	
	метакарпални кости		
	фаланги		
M06.25 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M06.26 Колянна област	голям пищял[тибия]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M06.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M06.28 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		
<u>Артропатия при болестта на Crohn [регионален ентерит] (K50.—†)</u>			
M07.40* Множествена локализация			
M07.41* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M07.42* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.43* Предмишница	лакътна кост	гвивнена става	
	лъчева кост		
M07.44* Китка	карпални кости	ставите между всички тези кости	
	метакарпални кости		
	фаланги		
M07.45* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M07.46* Колянна област	голям пищял[тибия]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M07.47* Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M07.48* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		
<u>Артропатия при улцерозен колит (K51.—†)</u>			
M07.50* Множествена локализация			
M07.51* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M07.52* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.53* Предмишница	лакътна кост	гвивнена става	
	лъчева кост		
M07.54* Китка	карпални кости	ставите между всички тези кости	
	метакарпални кости		
	фаланги		
M07.55* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M07.56* Колянна област	голям пищял[тибия]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		

M07.57* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M07.58* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
<u>Други ентеропатични артропатии</u>		
M07.60* Множествена локализация		
M07.61* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M07.62* Мишница	раменна кост	лакътна става
M07.63* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става
M07.64* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M07.65* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M07.66* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M07.67* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M07.68* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
<u>Юношески анкилозираш спондилит</u>		
Не включва:	анкилозираш спондилит при възрастни (M45)	
M08.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
<u>Юношески артрит със системно начало</u>		
Болест на Still БДУ		
Не включва:	болест на Still с начални прояви при възрастни (M06.1)	
M08.20 Множествена локализация		
M08.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M08.22 Мишница	раменна кост	лакътна става
M08.23 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става
M08.24 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M08.25 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M08.26 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става

M08.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M08.28 Други	гърбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
<u>Юношески полиартрит (серонегативен)</u>		
Ювенилен хроничен полиартрит		
M08.30 Множествена локализация		
<u>Юношески пауциартикуларен артрит</u>		
M08.41 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M08.42 Мишница	раменна кост	лакътна става
M08.43 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става
M08.44 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M08.45 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroилиачна става
M08.46 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M08.47 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M08.48 Други	гърбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
<u>Други юношески артрити</u>		
M08.80 Множествена локализация		
M08.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M08.82 Мишница	раменна кост	лакътна става
M08.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става
M08.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M08.85 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroилиачна става
M08.86 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M08.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M08.88 Други	гърбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
<u>Юношески артрит при псориазис (L40.5†)</u>		

M09.00* Множествена локализация

M09.01* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M09.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.03* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M09.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M09.05* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M09.06* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M09.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M09.08* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Юношески артрит при болестта на Crohn [регионален ентерит] (K50.—†)**M09.10* Множествена локализация**

M09.11* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M09.12* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.13* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M09.14* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M09.15* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M09.16* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M09.17* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M09.18* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Юношески артрит при улцерозен колит (K51.—†)**M09.20* Множествена локализация**

M09.21* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M09.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.23* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M09.24* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M09.25* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	

и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
M09.26* Колянна област	таз голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M09.27* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M09.28* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
<u>Юношески артрит при други болести, класифицирани другаде</u>			
M09.80* Множествена локализация			
M09.81* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M09.82* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.83* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става	
M09.84* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M09.85* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M09.86* Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M09.87* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M09.88* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
<u>Хронична постревматична артропатия [Jaccoud]</u>			
M12.00 Множествена локализация			
M12.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M12.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гвивнена става	
M12.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M12.05 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M12.06 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M12.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M12.08 Други	гръбначен стълб ребра шия череп		

глава
тяло

Болест на Kaschin-Beck

M12.10 Множествена локализация

M12.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M12.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M12.14 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M12.15 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroiliачна става	
M12.16 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M12.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M12.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Вилонодуларен синовит (пигментен)

M12.20 Множествена локализация

M12.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M12.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.23 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M12.24 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M12.25 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroiliачна става	
M12.26 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M12.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M12.28 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Палиндромен ревматизъм

M12.30 Множествена локализация

M12.31 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M12.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.33 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	

M12.34 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M12.35 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M12.36 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M12.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M12.38 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
<u>Интермитентна хидрартроза</u>			
M12.40 Множествена локализация			
M12.41 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M12.42 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.43 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M12.44 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M12.45 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M12.46 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M12.47 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M12.48 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
<u>Други уточнени артрити</u>			
Алергичен артрит			
M13.80 Множествена локализация			
M13.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M13.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M13.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M13.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M13.85 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M13.86 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M13.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости	глезенна става други стави на стъпалото	

M13.88 Други
 фаланги
 гръбначен стълб
 ребра
 шия
 череп
 глава
 тяло

Системни увреждания на съединителната тъкан при болести, класифицирани другаде

Не включва: артропатии при болести, класифицирани другаде (M14.—*)

M36.4* Артропатия при реакции на свръхчувствителност, класифицирани другаде

Артропатия при болестта на Schönlein-Henoch (D69.0†)

Анкилозираш спондилит

Ревматоиден артрит на гръбначния стълб

Не включва: артропатия при синдрома на Reiter (M02.3)
 ювенилен (анкилозираш) спондилит (M08.1)
 синдром на Behçet (M35.2)

M45.0 Множествено засягане на гръбначния стълб
M45.1 Окципито-атланта-аксисен отдел
M45.2 Шийна област
M45.3 Шийно-гръден отдел
M45.4 Гръден отдел
M45.5 Гръднопоясен отдел
M45.6 Поясен отдел
M45.7 Пояснокръстен отдел
M45.8 Кръстен и кръстноопашен отдел

Ентезопатия на гръбначния стълб

Увреждане в инсерциите на лигаментите или мускулите на гръбначния стълб

M46.00 Множествено засягане на гръбначния стълб
M46.01 Окципито-атланта-аксисен отдел
M46.02 Шийна област
M46.03 Шийно-гръден отдел
M46.04 Гръден отдел
M46.05 Гръднопоясен отдел
M46.06 Поясен отдел
M46.07 Пояснокръстен отдел
M46.08 Кръстен и кръстноопашен отдел

Сакроилеит, неклассифициран другаде

M46.18 Сакроилеит, неклассифициран другаде - кръстен и кръстноопашен отдел

Други уточнени възпалителни спондилопатии

M46.80 Множествено засягане на гръбначния стълб
M46.81 Окципито-атланта-аксисен отдел
M46.82 Шийна област
M46.83 Шийно-гръден отдел
M46.84 Гръден отдел
M46.85 Гръднопоясен отдел
M46.86 Поясен отдел
M46.87 Пояснокръстен отдел
M46.88 Кръстен и кръстноопашен отдел

Забележка: диагнозите със знак звездичка (*), не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на рамо

48945-01 Артроскопска биопсия на рамо

Биопсия на лакът

49118-01 Артроскопска биопсия на лакът

Биопсия на тазобедрена става

49363-00 Артроскопска биопсия на тазобедрена става

Биопсия на коляно

49557-01 Артроскопска биопсия на коляно

Артроскопски ексцизионни процедури на глезен

49700-01 Артроскопска биопсия на глезен

Аспирация на други мускулно-скелетни точки

50124-00 Аспирация на става или друга синовиална кухина, неклассифицирана другаде
Аспирация на бурса

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб

Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

59503-00 Рентгенографска пелвиметрия

<i>Не включва:</i> пелвиметрия чрез компютър томография (57201-00 [1964])	
57712-00	Рентгенография на тазобедрена става <i>Не включва:</i> контрастна артрография (59751-00 [1985]) такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])
57715-00	Рентгенография на таз
Радиография на долен крайник	
57518-00	Рентгенография на фемур Радиография на бедро <i>Не включва:</i> такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])
57524-00	Рентгенография на феморална кост и коляно
57518-01	Рентгенография на коляно <i>Не включва:</i> изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
57524-01	Рентгенография на коляно и подбедрица
57518-02	Рентгенография на подбедрица
57524-04	Рентгенография на глезен и стъпало
Артрография	
59751-00	Артрография <i>Включва:</i> контрастно изследване предварителен общ план (обзорна графия)
Компютърна томография на таз	
<i>Включва:</i> кост регион от криста илиака до симфиза меки тъкани <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) такава при сканиране на: <ul style="list-style-type: none"> • корем (56501-00, 56507-00 [1963]) • корем и гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961]) 	
56409-00	Компютърна томография на таз
56412-00	Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст
57201-00	Пелвиметрия чрез компютърна томография Измерване на обем и диаметър на таз чрез компютърна томография
Магнитно резонансен образ	
90901-07	Магнитно резонансна томография на крайници
1926 Микробиологични тестове, измервания или изследвания	
91920-02	Микробиологично/ Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура антибиограма
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
<i>Не включва:</i> амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854]) тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857]) <i>Включва:</i> анализ, интерпретация и доклад за записа този, включващ не повече от 300 удара, използвайки поне 3 отвеждания с	

придобиване на данни на не по-малко от 1000 Hz на поне 100 QRS комплекса	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ]
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
1926	Микробиологични изследвания
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност и/или
1929	Вирусологични изследвания
91922-07	Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
91903-08	Серологично изследване за грипен вирус А и Б
91911-00	Други вирусологични изследвания
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
1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
1930	Имунологични изследвания
91923-07	Изследване на ревматоиден фактор
91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91923-08	Изследване на антистрептолизин титър (AST) <i>Включва:</i> при ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции
1926	Микробиологични изследвания
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност
91934-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност за култура и чувствителност
1934	Други лабораторни изследвания
91934-09	Друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност Изследване на кристали, клетки, фагоцити и диференциално броене в ставна течност
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки

- 50124-01 Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, некласифицирано другаде
Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ
Инжектиране:
- в бурса на:
 - кортикостероид
 - локален анестетик

Приложение на фармакотерапия

- 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент, стероид
- 96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
- 96201-03 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, стероид
- 96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
- 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и три различни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури. Едната диагностична процедура задължително е изследване на кръв.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: хематологични изследвания – СУЕ (91910-07), хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити (91910-04), ДКК (91910-05) и биохимичните изследвания – чернодробни ензими (91910-26, 91910-27), креатинин (91910-13), кръвна захар (91910-12), /при необходимост – други/; и/ или имунологичните изследвания – ANA (91924-01), Waaler Rose (91923-07), AST (91923-08), при необходимост - други.

Основна процедура **92191-00/ 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.

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с терапевтична процедура **50124-01**.

Всички диагностични процедури, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се извършват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Тежкопротичащи възпалителни ставни заболявания

Отделните части на цялостния процес на лечение се осигуряват чрез амбулаторна процедура "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с тежкопротичащи

възпалителни полиартропатии и спондилопатии" и клинични пътеки "Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания".

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:
Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска ревматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена и апаратура са съобразени с медицински стандарт „Ревматология”.

1. 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 детска ревматология или Клиника/отделение по педиатрия – III ниво
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика – ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ 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. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. КТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Вирусологична лаборатория
4. Имунологична лаборатория
5. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по детска ревматология
или
лекар със специалност по детска ревмокардиология
или
лекари със специалност по педиатрия – четирима;
- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- 4.1. Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго лечебно заведение.
- 4.2. Отделение по физиотерапия и рехабилитация - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго лечебно заведение.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.1. Диагностика и лечение;

- остър моноартрит;
- остър септичен артрит;
- артрит с една от следните висцерални или системни прояви: плеврит, перикардит, пулмонит, кардит, васкулит,
- болни с артрит с висцерално или системно засягане : серозит, васкулит, пулмонит, кардит
- болни с артрит с възникнали усложнения, свързани със заболяването, провежданото лечение или външни фактори: инфекции, травми, левкопения, тромбоцитопения, остеопоротични фрактури на прешлен или ребро
- повишена СУЕ над 25 мм, сутрешна скованост над 1 час, остър моноартрит, остър септичен артрит, перикардит, пулмонит, кардит, васкулит,

1.2. Диагностика и лечение на пациенти с възпалителни ставни заболявания при наличие на клинични данни и данни от медико-диагностични изследвания за:

- полиартрит с висока активност – CRP с 50% над горната граница на нормата или СУЕ над 40 мм по Вестергрен или над 20 мм по Панченко и/или сутрешна скованост повече от три часа;
- спленомегалия, хепатомегалия, лимфаденомегалия, фебрилитет.
- болни с артрит, при които се изясняват болка и оток в нови стави или във вече засегнатите стави;
- болни с артрит с висцерално или системно засягане: интоксикационен синдром, фебрилитет, или очно засягане;
- болни с артрит с възникнали усложнения, свързани със заболяването, провежданото лечение или външни фактори: , медикаментозен хепатит, анемия;
- артрит с плеврит, хепатоспленомегалия, полиаденопатия, фебрилитет.

1.3. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с възпалителни ставни заболявания в детска възраст, провеждащи амбулаторно лечение

1.4. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с артрит, подлежащи на лечение със следните болестопроменящи противоревматични средства: златни соли, сулфасалазин, D-пенициламин, имуносупресори и цитостатици, пулс-терапия.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването. Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинично-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Медикаментозното лечение на артрита включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи противоревматични лекарствени средства;
- кортикостероиди:
 - за перорално приложение;
 - за парентерално приложение;
- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение;
 - кортикостероиди с удължено действие;
 - химически вещества;
 - радиоизотопи;
 - перкутанни средства.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя, съобразно критериите за диагноза на съответното заболяване, където те са международно утвърдени: (ЮХА, ЮАС). При останалите нозологии, съобразно клиничната картина, биологичния синдром (биохимия, имунология), серологични изследвания, рентгенови резултати, скинтиграфия, артроцентеза, КТ и МРТ.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

1. поставена окончателна диагноза;
2. овладяване на фебрилитета;
3. подобрене в общото състояние и подобрене на функционалния капацитет на засегнатите стави;
4. подобрене на показателите за биологична активност на заболяването.
5. корекция на отклоненията в клинично-лабораторните показатели;
6. приключване на пулстерапия и корекция на отклоненията в клинично-лабораторните показатели.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ**

Ревматоидният артрит е хронично възпалително заболяване на ставите. То има прогресиращ ход. Формира се млада агресивна възпалителна тъкан, която уврежда ставния хрущял и подлежащата кост. При неправилно лечение и несистемен контрол от страна на специалист - ревматолог се стига до увреждане на ставите и влошаване на тяхната функция. Заболяването се характеризира със ставна болка и оток, сутрешна скованост продължаваща повече от 30 минути и затруднение на движенията.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определят стадият и активността на заболяването и да се назначи най-подходящото лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания като ставна пункция, ставна биопсия, фиброгастроскопия, рентгенова снимка, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на ревматоидния артрит включва приложението на нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи противоревматични средства, физиотерапевтични процедури и рехабилитация. Често пъти в хода на лечението се налага инжектиране във възпалените стави на различни медикаменти. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетентността на Вашия лекар. При изявата на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

БОЛЕСТ НА БЕХТЕРЕВ

Болезтта на Бехтерев е хронично възпалително заболяване, при което се засягат гръбначния стълб и сакроилиачните стави, както и периферните стави и околоставните сухожилия и лигаменти. В хода на болестта могат да се засегнат очите, белия дроб, сърцето и бъбреците. Боледуват предимно хора, носители на антиген В27 на тъканната съвместимост. Болестта на Бехтерев в гръбнака и сакроилиачните стави се характеризира с възпаление, след което започва вкостяване. Основните клинични прояви са болките постепенното ограничаване на движенията на гръбнака и периферните стави, болки и възпаление на ставните сухожилия, сутрешна скованост. При неправилно лечение се стига до блокиране на движенията на гръбнака поради вкостяването му. Целта на Вашата хоспитализация е да се направят клинични, лабораторни и инструментални изследвания, за да се определи стадия на заболяването и лечението. За целта може да се наложи провеждането на рентгенови изследвания, ставна пункция, биопсия, фиброгастроскопия, компютърна томография и други.

Лечението на болестта Бехтерев е комплексно и включва нестероидни противовъзпалителни средства, физиотерапевтични процедури, рехабилитация, някои болестопроменящи средства. В хода на болестта може да се наложи инжектиране на медикаменти в някои периферни стави. Изборът на лечението е от компетентността на Вашия лекар. При поява на странични явления е необходимо да се уведоми лекуващия

лекар.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при определянето на лечебните процедури.

Ако по време на лечението желаете да го прекратите, може да го направите по всяко време без обяснения. Необходимо е да изразите желанието си писмено, с което освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето състояние.

ПСОРИАТИЧЕН АРТРИТ

Псориатичният артрит е хронично ставно възпалително заболяване, появяващо се в около половината от болните с кожното хронично заболяване псориазис. Псориазисът поражда кожата и ноктите на болния. При псориатичния артрит боледуват периферните стави на крайниците, гръбнака и ставните сухожилия. При неправилно лечение може да се стигне до ограничаване на функцията на периферните стави и гръбнака и тяхното увреждане. Псориатичният артрит е хронично, възпалително заболяване на ставите, протичащо с болки, отоци, ограничени движения на гръбнака и периферните стави, сутрешна скованост.

Вашата хоспитализация има за цел да бъдат направени клинични, лабораторни, инструментални изследвания, за да се определи стадия и активността на болестта и се назначи най-подходящото лечение за ставното и кожно поражение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури, като ставна или кожна биопсия, ставна пункция, фиброгастроскопия, рентгенови снимки и тн.

Лечението на псориатичния артрит е комбинирано лечение на кожните прояви на поражението на ноктите и на артритите. За лечението на артритите се прилагат нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи средства, физиотерапия и рехабилитация. За лечението на псориазиса успоредно се прилагат локални средства за кожата, таласотерапия. В хода на лечението на артритите често пъти се налага инжектиране на различни медикаменти в ставите. Изборът на медикаментите е от компетентността на Вашия лекар. Необходимо е едновременно лечение на псориазиса и артритите за постигане на резултати.

При всички случаи от Вас ще се иска съдействие при преценка на лечението.

Ако желаете да прекратите лечението може да направите това по всяко време. Необходимо е да изразите желанието си писмено и с това освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето състояние.

РЕАКТИВНИ АРТРИТИ СИНДРОМ НА РАЙТЕР

Синдромът на Райтер е реактивен артрит, засягащ предимно големите стави на долните крайници. Успоредно с артритите се срещат възпаления на очите, кожни и лигавични промени. Реактивният артрит е следствие на различни бактериални и вирусни инфекции. Най-честите причинители са полови и чревни инфекции (хламидии, йерсинии и шигели). При неправилно лечение, заболяването може да хронифицира и поразява повечето стави и гръбнака.

Целта на Вашата хоспитализация е да се направят клинични, серологични, лабораторни и инструментални изследвания. Необходимо е да се определи активността на заболяването за прилагане на адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на инвазивни процедури и рентгенови изследвания, като ставна пункция, ставна биопсия, фиброгастроскопия, рентгенови графии, скintiграфии.

Комплексното лечение на синдрома на Райтер и реактивните артрити включват лечение с нестероидни средства, болестопроменящи средства, като салазопирин

антибиотици, физиотерапевтични процедури и рехабилитация. В хода на лечението може да се наложи инжектиране на медикаменти във възпалените стави. Изборът е от компетентността на Вашия лекар. При нежелани странични явления от лекарствата е необходимо да се уведоми лекуващия екип.

Вашето съгласие ще се иска при вземане на решенията относно Вашето лечение.

По всяко време в хода на лечението може да го прекратите. Необходимо е да изразите писмено своето желание, като така освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето лечение.

РЕВМАТИЗЪМ

Ревматизмът е остро възпалително заболяване, дължащо се на предходна инфекция от β -хемолитичен стрептокок от група А, засягащо ставите (класически пример за реактивен артрит), сърцето, кожата, нервната система и подкожната тъкан. За него важи старата лекарска сентенция "Заболяването ближе ставите и хапе сърцето". Пристъпите най-често се появяват във възрастта между 5 и 15 години.

Вашата хоспитализация има за цел да ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, чрез които ще се определи стадия и активността на Вашето заболяване и ще се назначи съответното най-подходящо лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни или рентгенови изследвания (ставна пункция, синовиална биопсия, фиброгастроскопия, компютърна томография, магнитно-ядрен резонанс и др.).

Комплексното лечение включва нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи противоревматични медикаменти, комплексна рехабилитация. В хода на лечението може да се наложи прилагането на вътреставни манипулации. Изборът на дадени медикаменти или тяхната комбинация е от компетентността на Вашия лекар. При поява на нежелани лекарствени реакции и други смущаващи Ви обстоятелства уведомявайте Вашия лекуващ лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените указания.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение по отношение на различни лечебни процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснение. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 91 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕГЕНЕРАТИВНИ И ОБМЕННИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Минимален болничен престой - 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Идиопатична подагра

Подагрозен бурсит

Първична подагра

Подагрозни възли [уратни тофи] в сърцето† (I43.8*)

M10.00 Идиопатична подагра, множествена локализация

M10.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M10.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M10.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M10.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M10.05 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M10.06 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M10.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M10.08 Други	гърбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Оловна подагра

M10.10 Оловна подагра, множествена локализация

M10.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M10.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M10.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M10.14 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M10.15 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M10.16 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M10.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M10.18 Други	гърбначен стълб ребра шия череп глава		

тяло

Медикаментозна подагра

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

M10.20 Медикаментозна подагра, множествена локализация

M10.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M10.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M10.23 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M10.24 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M10.25 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M10.26 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M10.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M10.28 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Подагра, предизвикана от нарушение на бъбречната функция

M10.30 Множествена локализация

M10.31 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M10.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M10.33 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M10.34 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M10.35 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M10.36 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M10.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M10.38 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Друга вторична подагра

M10.40 Множествена локализация

M10.41 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M10.42 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M10.43 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	

M10.44 Китка	лъчева кост карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M10.45 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M10.46 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
M10.47 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M10.48 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
<u>Болести с отлагане на хидроксипатит</u>		
M11.00 Множествена локализация		
M11.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M11.02 Мишница	раменна кост	лакътна става
M11.03 Предмишница	лакътна кост	гивнена става
M11.04 Китка	лъчева кост карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M11.05 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M11.06 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
M11.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M11.08 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	
<u>Наследствена хондрокалциноза</u>		
M11.10 Множествена локализация		
M11.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M11.12 Мишница	раменна кост	лакътна става
M11.13 Предмишница	лакътна кост	гивнена става
M11.14 Китка	лъчева кост карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M11.15 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M11.16 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става
M11.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости	глезенна става други стави на стъпалото

M11.18 Други	фаланги гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
<u>Друга хондрокалциноза</u>			
Хондрокалциноза БДУ			
M11.20 Множествена локализация			
M11.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M11.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M11.23 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M11.24 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M11.25 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroилиачна става	
M11.26 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M11.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M11.28 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Други уточнени кристалоидни артропатии

M11.80 Множествена локализация			
M11.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M11.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M11.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M11.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M11.85 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroилиачна става	
M11.86 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M11.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M11.88 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Полиартроза

Включва: артроза на повече от една става

Не включва: двустранно засягане на една и съща става (M16—M19)

M15.0 Първична генерализирана (остео)артроза

M15.1 Възли на Heberden (с артропатия)

M15.2 Възли на Bouchard (с артропатия)

M15.3 Вторична множествена артроза

Посттравматична полиартроза

M15.4 Ерозивна (остео)артроза

M15.8 Друга полиартроза

Коксартроза [артроза на тазобедрената става]

M16.0 Първична коксартроза, двустранна

M16.1 Друга първична коксартроза

Първична коксартроза:

- БДУ
- едностранна

M16.2 Дисплазична коксартроза, двустранна

M16.3 Други дисплазични коксартрози

Дисплазична коксартроза:

- БДУ
- едностранна

M16.4 Посттравматична коксартроза, двустранна

M16.5 Други посттравматични коксартрози

Посттравматична коксартроза:

- БДУ
- едностранна

M16.6 Други вторични коксартрози, двустранни

M16.7 Други вторични коксартрози

Вторична коксартроза:

- БДУ
- едностранна

Гонартроза [артроза на колянната става]

M17.0 Първична гонартроза, двустранна

M17.1 Други първични гонартрози

Първична гонартроза:

- БДУ
- едностранна

M17.2 Посттравматична гонартроза, двустранна

M17.3 Други посттравматични гонартрози

Посттравматична гонартроза:

- БДУ
- едностранна

M17.4 Други вторични гонартрози, двустранни

M17.5 Други вторични гонартрози

Вторична гонартроза:

- БДУ
- едностранна

Артроза на първа карпо-метакарпална става

M18.0 Първична артроза на първа карпо-метакарпална става, двустранна

M18.1 Други първични артрози на първа карпо-метакарпална става

Първична артроза на първа карпо-метакарпална става:

- БДУ
- едностранна

M18.2 Посттравматична артроза на първа карпо-метакарпална става, двустранна

M18.3 Други посттравматични артрози на първа карпо-метакарпална става

Посттравматична артроза на първа карпо-метакарпална става:

- БДУ
- едностранна

M18.4 Други вторични артрози на първа карпо-метакарпална става, двустранни

M18.5 Други вторични артрози на първа карпо-метакарпална става

Вторична артроза на първа карпо-метакарпална става:

- БДУ

- едностранна

Първична артроза на други стави

Първична артроза БДУ

M19.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M19.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M19.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M19.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M19.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	

Посттравматична артроза на други стави

Посттравматична артроза БДУ

M19.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M19.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M19.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M19.14 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M19.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	

Друга вторична артроза

Вторична артроза БДУ

M19.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M19.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M19.23 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M19.24 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M19.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	

Друга уточнена артроза

M19.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M19.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M19.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гивнена става	
M19.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M19.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	

Други спондилози

Цервикална (шийна)

Лумбосакрална

} без миело- или радикулопатия

Торакална

- M47.80 Други спондилози – множествено засягане
- M47.81 Други спондилози – окципито-атланто-аксисен отдел
- M47.82 Други спондилози – шийна област
- M47.83 Други спондилози – шийно-гърден отдел
- M47.84 Други спондилози – гърден отдел
- M47.85 Други спондилози – гърднопоясен отдел
- M47.86 Други спондилози – поясен отдел
- M47.87 Други спондилози – поясно-кръстен отдел

Други спондилопатии

- M48.08 Спинална стеноза – кръстен и кръстноопашен отдел
Каудална стеноза

Анкилозираща хиперостоза [Forestier]

- M48.13 Анкилозираща хиперостоза [Forestier] – шийногърден отдел
Дифузна идиопатична хиперостоза
- M48.14 Анкилозираща хиперостоза [Forestier] – гърден отдел
Дифузна идиопатична хиперостоза
- M48.15 Анкилозираща хиперостоза [Forestier] – гърднопоясен отдел
Дифузна идиопатична хиперостоза

Интерспинална артроза

- M48.20 Интерспинална артроза – множествено засягане на гръбначния стълб
- M48.21 Интерспинална артроза - окципито-атланто-аксисен отдел
- M48.22 Интерспинална артроза - шийна област
- M48.23 Интерспинална артроза - шийно-гърден отдел
- M48.24 Интерспинална артроза - гърден отдел
- M48.25 Интерспинална артроза - гърднопоясен отдел
- M48.26 Интерспинална артроза - поясен отдел
- M48.27 Интерспинална артроза - поясно-кръстен отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел

- Включва:** увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел с болков синдром
- увреждания на междупрешленните дискове в шийногърдния отдел
- M50.3 Друг тип дегенерация на междупрешленните дискове в шийния отдел
- M50.8 Други увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в други отделы

- Включва:** увреждания на междупрешленните дискове в гръдния, гърднопоясния и пояснокръстния отдел
- M51.3 Друга уточнена дегенерация на междупрешленен диск
- M51.4 Възли на Schmorl
- M51.8 Друго уточнено увреждане на междупрешленен диск

Фиброзна дисплазия (на една кост)

- Не включва:** фиброзна дисплазия на челюстта (K10.8)
- M85.01 Раменна област
 - ключица
 - лопатка
 - акромиоклавикуларна
 - скапулохумерална
 - стерноклавикуларна} стави
- M85.02 Мишница
- M85.03 Предмишница
 - раменна кост
 - лакътна кост
 - лъчева кост
 - карпални кости
 - метакарпални кости
 - фаланги
 - лакътна става
 - гривнена става
- M85.04 Китка
 - карпални кости
 - метакарпални кости
 - фаланги
 - ставите между всички тези кости
- M85.05 Тазова област и бедро
 - сакрум
 - бедрена кост
 - таз
 - тазобедрена става
 - сакроилиачна става
- M85.06 Колянна област
 - голям пищял[тибиа]
 - малък пищял[фибула]
 - колянна става

M85.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M85.08 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
Флуороза на скелета			
M85.10 Флуороза на скелета - множествена локализация			
M85.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M85.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M85.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M85.14 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M85.15 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M85.16 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M85.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M85.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		
Други нарушения в плътността и структурата на костта			
Не включва:			
osteogenesis imperfecta (Q78.0)			
множествена костна фиброзна дисплазия (Q78.1)			
остеопетроза (Q78.2)			
остеопойкилоза (Q78.8)			
M85.28	Хиперостоза на черепа		
Остеит, дължащ се на отлагане на минерални соли (склерозиращ)			
M85.30 Множествена локализация			
M85.31 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M85.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M85.33 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M85.34 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M85.35 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M85.36 Колянна област	голям пищял[тибия] малък пищял[фибула]	колянна става	
M85.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M85.38 Други	гръбначен стълб		

ребра
шия
череп
глава
тяло

Алгоневродистрофия

Синдром рамо-ръка

Атрофия на Sudeck

Симпатикова рефлексорна дистрофия

M89.01 Раменна

област

ключица

лопатка

акромиоклавикуларна

скапулохумерална

стерноклавикуларна

} стави

M89.02 Мишница

раменна кост

лакътна става

M89.04 Китка

карпални кости

ставите между всички

метакарпални кости

тези кости

фаланги

M89.05 Долен крайник

тазобедрена става

коляно

глезен

стъпало

M89.06 Гръбначен стълб

Костна хипертрофия

M89.30 Множествена локализация

M89.31 Раменна

област

ключица

лопатка

акромиоклавикуларна

скапулохумерална

стерноклавикуларна

} стави

M89.32 Мишница

раменна кост

лакътна става

M89.33 Предмишница

лакътна кост

гвивнена става

лъчева кост

M89.34 Китка

карпални кости

ставите между всички

метакарпални кости

тези кости

фаланги

M89.35 Тазова област

и бедро

сакрум

тазобедрена става

бедрена кост

сакроилиачна става

таз

M89.36 Колянна

област

голям пищял[тибия]

колянна става

малък пищял[фибула]

M89.37 Глезенна става

тарзални кости

глезенна става

и стъпало

метатарзални кости

други стави на стъпалото

фаланги

M89.38 Други

гръбначен стълб

ребра

шия

череп

глава

тяло

Остеопатия след полиомиелит

За идентифициране на прекарания полиомиелит се използва допълнителен код (B91).

M89.65 Тазова област

и бедро

сакрум

тазобедрена става

бедрена кост

сакроилиачна става

таз

M89.66 Колянна

област

голям пищял[тибия]

колянна става

малък пищял[фибула]

M89.67 Глезенна става

тарзални кости

глезенна става

и стъпало

метатарзални кости

други стави на стъпалото

фаланги

Други уточнени увреждания на костите

Посттравматична субпериостална осификация

M89.80 Множествена локализация

M89.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M89.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M89.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M89.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M89.85 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroилиачна става	
M89.86 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M89.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M89.88 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Други увреждания на хрущяла**M94.08 Синдром на хондрокосталните съчленения [Tietze] - други ребра****Рецидивиращ полихондрит****M94.10 Множествена локализация****Хондромалация****Не включва:** хондромалация на пателата (M22.4)**M94.20 Множествена локализация**

M94.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M94.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M94.23 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M94.24 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M94.25 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сacroилиачна става	
M94.26 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M94.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****Други инцизионни процедури на коляно**

49557-00 Артроскопия на коляно

Аспирация на други мускулно-скелетни точки

50124-00 Аспирация на става или друга синовиална кухина, неклассифицирана другаде
Аспирация на бурса

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб

Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:

- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
 - и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:

- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
 - и
 - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
 - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

56407-00 Компютърна томография на корем с интравенозна контрастна материя

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник	
57512-01	Рентгенография на лакът и предмишница
57512-03	Рентгенография на длан, пръсти и китка
Рентгенография на таз	
59503-00	Рентгенографска пелвиметрия <i>Не включва:</i> пелвиметрия чрез компютър томография (57201-00 [1964])
57712-00	Рентгенография на тазобедрена става <i>Не включва:</i> контрастна артрография (59751-00 [1985]) такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])
57715-00	Рентгенография на таз
Радиография на долен крайник	
57518-00	Рентгенография на фемур Радиография на бедро <i>Не включва:</i> такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])
57524-00	Рентгенография на феморална кост и коляно
57518-01	Рентгенография на коляно <i>Не включва:</i> изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
57524-01	Рентгенография на коляно и подбедрица
57518-02	Рентгенография на подбедрица
57524-04	Рентгенография на глезен и стъпало
Компютърна томография на крайник	
	<i>Включва:</i> ръка кост пръст крайници крак меки тъкани <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56619-00	Компютърна томография на крайник
56625-00	Компютърна томография на крайник с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на крайник, без, след това с венозен контраст
Ултразвук на други места	
55800-00	Ултразвук на ръка или китка
55804-00	Ултразвук на предмишница или лакът
55808-00	Ултразвук на рамо или горна част на ръка
55816-00	Ултразвук на тазобедрена става
55828-00	Ултразвук на коляно
55836-00	Ултразвук на глезен или стъпало
Магнитно резонансен образ	
90901-09	Функционален магнитен резонансен образ на мозък
90901-01	Магнитно резонансна томография на глава <i>Включва:</i> лице орбита

	синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален) черепна кост <i>Не включва:</i> такава на мозък: • функционални (90901-09 [2015]) • БДУ (90901-00 [2015])
90901-02	Магнитно резонансна томография на шия <i>Не включва:</i> такава на шиен гръбнак (90901-03 [2015])
90901-03	Магнитно резонансна томография на гръден кош <i>Включва:</i> гръбначен мозък
90901-04	Магнитно резонансна томография на гръден кош <i>Включва:</i> сърце
90901-06	Магнитно резонансна томография на таз <i>Включва:</i> пикочен мехур простата
90901-07	Магнитно резонансна томография на крайници
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
1929 Вирусологични изследвания	
91911-29	Други серологични изследвания <i>По преценка:</i>
1930 Имунологични изследвания	
91923-07	Изследване на ревматоиден фактор
91923-08	Изследване на антистрептолизин титър (AST) <i>Включва:</i> при ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции
1927 Хистологични изследвания	
91934-06	Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност за хистология
1934 Други лабораторни изследвания	
91934-09	Друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност Изследване на кристали, клетки, фагоцити и диференциално броене в ставна течност
Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение	
	<i>Включва:</i> кръвни: • поток } • обем } изследване <i>Не включва:</i> това на става (61446-01, 61449-01 [2010])
61446-00	Локализирано костно изследване
61421-00	Изследване на костна система на цяло тяло
1934 Други лабораторни изследвания	

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки

50124-01 Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, некласифицирано другаде

Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ

Инжектиране:

- в бурса на:
- кортикостероид
- локален анестетик

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96201-03 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и три различни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури.

Основна процедура **92191-00/ 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.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: биохимични изследвания - кр. захар (91910-12), креатинин (91910-13), ALAT (91910-27), ASAT (91910-26), и серологични изследвания (91911-29); по преценка: имунологични изследвания - РФ /Waalser Rose/ (91923-07) и AST (91923-08).

Хистологичното изследване на синовия (91934-06) се извършва заедно с изследването на кристали, клетки, фагоцити и диференциално броене в ставна течност (91934-09).

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с терапевтична процедура **50124-01**.

Всички диагностични процедури, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се извършват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

Дейностите по пътеката се извършват само в болници за активно лечение.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II ниво на компетентност съгласно медицински стандарт по „Ревматология“, клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност или клиника/отделение по кардиология II ниво на компетентност.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Ревматология“, „Вътрешни болести“ и „Кардиология“.

1. 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 ревматология или клиника/отделение по вътрешни болести минимум или клиника/отделение по кардиология
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия; КТ или МРТ; ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ
5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апарат за двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (ДХА)
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат

или

в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност – двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат. В клиника/отделение с III ниво на компетентност броят на специалистите е в съответствие с медицински стандарт „Ревматология“

или

в клиника/отделение/ легла по кардиология II ниво на компетентност – двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат. В клиника/отделение с III ниво на компетентност броят на специалистите е в съответствие с медицински стандарт „Ревматология“

- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.;

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго лечебно заведение.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на болни с активирана остеоартроза на периферни стави при наличие на клинични данни и данни от медико-диагностични изследвания за:

1. ставно-възпалителен синдром на периферни стави и изразен хидропс на ставата;
2. остър пристъп на кристален артрит;
3. изразена функционална недостатъчност, без терапевтичен ефект от прилаганото амбулаторно лечение;
4. активирана артроза, без терапевтичен ефект от прилаганото амбулаторно лечение.

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

За доказване на активираната артроза се използват:

- ехография с приложена снимка
или
- МРТ/КТ с приложено изследване
или
- сцинтиграфия с приложено изследване
или
- синовиален пунктат – с резултати, доказващи активирането на болестта.

2. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването. Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Медикаментозното лечение на дегенеративните ставни заболявания и кристалните артропатии включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- аналгетици;
- колхицин;
- урикоинхибитори и урикоелиминатори;
- миорелаксанти;
- бавнодействащи противоревматични лекарствени средства – хондропротектори и антималярии;
- лубриканти – по преценка;
- кортикостероиди и анестетици – за вътреставно и периставно приложение;
- средства за локално приложение;
- перкутанни средства;
- физикална терапия и рехабилитация.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011 г.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя, съобразно клиничната картина, рентгенографските промени и параклиничните отклонения.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- поставена окончателна диагноза;
- овладяване на фебрилитета;
- подобрение в общото състояние, ставния статус и показателите за биологична или клинична активност на заболяването.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТЕОАРТРОЗА (ОА)

ОА е хронично ставно заболяване. То е най-често срещаната ревматична болест. Около 15% от населението на Планетата е засегнато от нея. Обикновено се появява във втората половина на живота (четвъртата декада след 35 г.). Приоритет е при мъжете под 45 г. и при жените над 55г. Около 50% от ревматичните заболявания се определят като остеоартрози.

Възрастта е основен фактор за ОА, т.е. това е естественото стареене на ставния хрущял. Механичното пренатоварване на ставите (главно професионално) е важен етиологичен фактор. Наднорменото телесно тегло оказва особено влияние на носещите стави на долните крайници и гръбнака. Обсъжда се и ролята на генетичните маркери при ОА – специални при коксартрози у жени. Значение имат ендокринните нарушения, свързани с щитовидната жлеза и паращитовидните, както и менопаузата. Метаболитните (обменни) и кристални артропатии също играят роля при ОА. Вследствие на възпалителни ставни заболявания вторично се появяват остеоартрози. Локални фактори, като дисплазии, малформации, травми, честото вътреставно приложение на кортикостероиди способстват за развитието на ОА.

Болковият синдром при болните се явява обикновено след натоварване. Те се раздвижват трудно, а сутрешната им скованост е минимална. Появяват се деформации на засегнатите стави, ограничение в обема на движенията и хрущене (крепитации) в променените стави. Засягат се предимно: колена, тазобедрени стави и гръбнак.

Лечението се провежда с аналгетици, нестероидни противовъзпалителни средства, миорелаксанти, хондропротектори и лубриканти. Комплексната рехабилитация заема важно място в лечебния процес. В много напреднали стадии се прибегва до ендопротезиране на засегнатите от ОА стави.

При изявата на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 92 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖКОПРОТИЧАЩИ БУЛОЗНИ ДЕРМАТОЗИ

Минимален болничен престой – 10 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Пемфигус

Не включва: пемфигус неонаторум (L00)

L10.0 Пемфигус вулгарис

L10.1 Пемфигус вегетанс

L10.2 Пемфигус фолиацеус

L10.3 Пемфигус бразилиензис (fogo selvagem)

L10.4 Пемфигус еритематозус

Синдром на Senear-Usher

L10.5 Пемфигус, предизвикан от лекарствени средства

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

L10.8 Други видове пемфигус

Паранеопластичен и IgA пемфигус

Пемфигоид

Не включва: херпес гестационис (O26.4)
импетиго херпетиформис (L40.1)

L12.0 Булозен пемфигоид

L12.1 Цикатризиращ пемфигоид

Доброкачествен пемфигоид на лигавиците

L12.2 Хронична булозна болест в детска възраст

Ювенилен дерматитис херпетиформис

L12.3 Придобита булозна епидермолиза

Не включва: булозна епидермолиза (вродена) (Q81.—)

L12.8 Други видове пемфигоид

Други булозни увреждания

L13.0 Дерматитис херпетиформис

Болест на Duhring

L13.8 Други уточнени булозни увреждания

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

402 Биопсия на устна кухина или меко небце

30075-23 Биопсия на устна кухина

Биопсия на:

- костно небце
- устна
- уста

Не включва: такава на:

- меко небце (30075-24 [402])
- увула (30075-24 [402])

1282 Ексцизионни процедури на влагалище

35539-03 Биопсия на влагалище

1618 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

30071-00 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

30072-00 Имунофлуоресценция на кожа

Директна и индиректна имунофлуоресценция

1927 Морфологични изследвания

91914-11 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и /или кожни лезии

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 **Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен 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, противоиноктиозен 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])

96197-03 **Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид**

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**

96200-09 **Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент**

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-00 **Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен 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])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура **92191-00/92191-01** 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 хистологично и имунологично доказана и потвърдена диагноза (с давност на резултата не повече от пет години), клиничната пътека се счита за завършена при отразена една основна диагностична и две основни терапевтични процедури.

С код **91914-11 за хистология**, да се отчита като диагностично значим резултата само от лечебно заведение, разполагащо с хистопатологична лаборатория, в която работи лекар - дерматолог с придобита специалност и сертификат от Българско Дерматологично Дружество - секция „Дерматопатология и имунохистопатология“ за проведено следдипломно обучение за 6 месеца в клиника по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска“ ЕАД, гр. София и положен изпит пред комисия по хистопатология и имунохистохимия към Българско Дерматологично Дружество.

С код **30072-00** за имунофлуоресценция, да се отчита като диагностично значим резултата само от лечебно заведение, разполагащо с хистопатологична лаборатория с възможност за извършване на имунофлуоресцентна диагностика, в която работи лекар - дерматолог с придобита специалност и сертификат от Българско Дерматологично Дружество - секция „Дерматопатология и имунохистопатология“ за проведено следдипломно обучение за 6 месеца в клиника по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска“ ЕАД, гр. София и положен изпит пред комисия по хистопатология и имунохистохимия към Българско Дерматологично Дружество.

Клиничната пътека се отчита винаги с доказана хистологична и имунофлуоресцентна диагноза (като се зачитат и вече доказаните, но с давност на резултата не повече от 5 години).

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритро-дермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести“.

1. 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. Дерматовенерологична клиника/отделение или Център по кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II ниво **

*- Съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести", разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури II ниво на компетентност.

** - В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.

За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

2. 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, на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

3.1. ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

3.2. Кардиологично отделение - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

3.3. Отделение по образна диагностика - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

3.4. Лаборатория по клинична патология (хистопатологична лаборатория) или Отделение по дерматохистопатология и имунохистохимия - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

3.5. Лаборатория по имунофлуоресцентна диагностика (имунологична лаборатория) - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- новооткрит случай с диагноза пемфигус, пемфигоид или дерматитис херпетиформис;
- тласък на пемфигус, пемфигоид или дерматитис херпетиформис, който не може да бъде овладян в амбулаторни условия.
- тежки усложнения на пемфигус, пемфигоид или дерматитис херпетиформис, свързани с основното заболяване или странични действия от приложените медикаменти.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

2.1. Анамнеза - начало на заболяването, поява на мехури или ерозии, наличие на придружаващи заболявания, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

2.2. Дерматологичен статус - характер и локализация на патологичните промени.

2.3. Общ статус.

2.4. Параклинични показатели - хематологични показатели.

2.5. Хистологично изследване.

2.6. Цитологично изследване – при необходимост.

2.7. Имунофлуоресценция: директна (ДИФ) – задължително; индиректна (ИИФ)- по преценка.

2.8. Имунологични изследвания – при необходимост.

I. ПРЕПОРЪЧИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕМФИГУС:

ГРУПИ:

1. Кортикостероиди.
2. Имуносупресори.
3. Средства, възстановяващи водно-електролитния и белтъчен баланс.
4. Антибиотици.
5. Антимикотици.

ЛОКАЛНИ СРЕДСТВА:

1. Антисептици.
2. Кортикостероиди.
3. Антибиотици.

Системните глюкокортикостероиди са медикаменти от първа линия в терапията на пемфигуса. Дозата на кортикостероида се определя от клиничното състояние (от дерматологичния статус - засягане на лигавици, поразена кожна повърхност в проценти, наличие на импетигинизация и придружаващи заболявания), от лабораторните изследвания (титър на циркулиращи пемфигусни антитела, наличие на диабет, хипертония, язва на стомаха и др.)

Цитостатици с имуносупресивни свойства – прилагат се рядко самостоятелно и по - често в съчетание с глюкокортикостероиди.

Индикации за приложението им са:

- възрастни пациенти, при които кортикостероидната терапия е контраиндицирана (диабет, хипертония, катаракта, язва на стомаха, остеопороза и др.);
- болни, резистентни на терапия с високи дози кортикостероиди;
- болни, които не понасят поддържаща кортикостероидна терапия и др.

II. АЛТЕРНАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕМФИГУС:

ГРУПА:

1. Сулфони.
2. Никотинамид.
3. Тетрациклини и други антибиотици.
4. Плазмафереза.

ЛОКАЛНИ СРЕДСТВА:

1. Емолиенти.
2. Епителотонични средства.
3. Адстрингентни средства.
4. Локални кортикостероиди.

Профилактика на страничните действия от приложеното лечение

Медикаменти	Индикация
Калциеви препарати	Остеопороза
Антивирусни средства	Вирусни инфекции
Системни антимикотици	Микотичен сепсис
Антидиабетни средства	Стероиден диабет
Анаболни препарати	Адинамия и мускулна слабост

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011 г.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- клинични данни;
- хистопатологично изследване, направено при настоящата хоспитализация от дерматолог със сертификат по дерматохистопатология от Българско Дерматологично Дружество или при предходна хоспитализация, но с давност не повече от 5 години
- имунофлуоресцентна диагностика (ДИФ, ИИФ); от дерматолог със сертификат по имунофлуоресцентната диагностика от Българско Дерматологично Дружество.
- имуноблот при нужда;
- ELISA при нужда.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклични) и:
- достигане на морбистаза;
- контрол върху страничните действия от кортикостероидното и имunosupресивно лечение.
- насочване към диспансерно наблюдение към лекар-дерматолог от СИМП.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**ПЕМФИГУС**

Пемфигусът е кожно заболяване, което протича с образуване на мехури по кожата и видимите лигавици. Причината за появата му все още не е изяснена, Подозират се наследствена обремененост, различни лекарствени препарати, вътрешни заболявания, емоционален стрес, често проявата не може да се свърже с конкретна причина.

Какъв е механизмът по-който се уврежда кожата?

Доказването на механизмите на развитието на болестта го причисляват към групата на автоимунните заболявания, при които организъмът изработва структури, насочени към собствени клетки. При пемфигуса процесът се развива в най-горния слой на кожата - епидермис. Изработените в организма автоантитела се отлагат в епидермиса и настъпва разрушаване на връзките между клетките на този слой на кожата, което се проявява с образуването на мехури и ерозии, на местата на разкъсаните мехури по кожата и видимите лигавици.

Клиничната картина на заболяването е различна по тежест: от единични мехури по кожата до масивно ангажиране на големи кожни повърхности, както и със засягане на лигавицата на устата, носа, хранопровода, очите, гениталиите. При тежките случаи общото състояние често е увредено, което се определя от обширните кожни повърхности, където повърхностният защитен слой на кожата (епидермис) е разрушен. Това води до загуба на голямо количество течности – дехидратация, както и до нарушения в електролитния и белтъчен баланс. Ерозивните промени по хода на лигавиците на храносмилателния тракт могат да доведат до рязка загуба на тегло поради невъзможност за хранене. Съществува и висок риск от инфекции на кожата от бактериален, гъбичен и вирусен произход.

Диагнозата пемфигус се поставя въз основа на клинични данни, но поради сходството на клиничната картина с други заболявания от групата на т.нар. "Булозни дерматози" вземането на кожна и лигавична биопсия и хистологичното доказване имат основно диагностично значение. Диагностичният процес често налага директната (ДИФ) и индиректна (ИИФ) имунофлуоресценция с оглед уточняване на диагнозата и ефективността от приложеното лечение.

Правилно поставената диагноза и адекватното и навременно лечение могат да осигурят контрол над заболяването и съхранение на живота на пациентите.

В **лечението на пемфигуса** заемат място системните кортикостероиди - самостоятелно или в комбинация с цитостатици, имуномодулатори и други симптоматични средства, които се приемат продължително време, а в повечето случаи и за цял живот. Прекъсването на поддържащото лечение води до рецидив на заболяването. Поради тази причина е наложително сериозното отношение към редовния прием на лекарства, редовни посещения при лекуващия лекар, спазването стриктно на указанията дадени от него.

Продължителното кортикостероидно лечение може да доведе до настъпването на редица системни странични ефекти като стероиден диабет, язва на стомаха или дванадесетопръстника, хипертония, склонност към тромбози, имunosупресия и склонност към инфекции, остеопороза и психози. Тези причини налагат пациентите с пемфигус да бъдат приемани на болнично лечение до осигуряване на контрол над заболяването с достигане на минимална поддържаща доза на кортикостероидното и/или цитостатично лечение.

След изписване от болничното заведение пациентите трябва да се лекуват и наблюдават от лекар – дерматолог в системата на извънболничната помощ.

Трябва ли да се спазва определена диета?

Необходимо е да се избягват твърди и груби храни поради лесната ранимост на устната лигавица и последващото трудно заздравяване. Останалите храни не влияят върху хода на заболяването.

Можете ли да се излагате на слънце?

Понякога слънцето може да влоши вашето заболяване.

Други въпросителни

Не се колебайте да зададете на лекуващият ви лекар допълнителните въпроси които ви вълнуват.

БОЛЕСТ НА ДЮРИНГ

Това са отговорите на няколко въпроса касаещи Вас и вашето заболяване.

Как се нарича вашето заболяване?

Вие страдате от заболяване наречено херпетиформен дерматит или болест на Дюринг. Характерно за нея е образуването на мехурчета и сърбящи обриви по кожата.

Какви са причините за това заболяване?

Херпетиформения дерматит е свързан с чревно заболяване, познато като глютен сензитивна ентеропатия. И при двете състояния пациентите са чувствителни към протеин, наречен глютен, който се среща в ечемика, ръжта и пшеницата.

Какъв е механизмът по-който се уврежда кожата?

Причината за измененията по кожата е имунната система, която уврежда определени нейни структури. Това е и причината лечението да се извършва с подтискащи имунната система лекарства.

Как протича вашето заболяване?

Херпетиформения дерматит не може да бъде излекуван. Различните лекарства могат да доведат до изчезване на оплакванията, но след спирането им те отново се възобновяват. Това налага сериозното ви отношение към редовния прием на лекарства, редовните посещения при лекуващия ви лекар, стриктното спазване на указанията дадени ви от него.

Трябва ли да спазвате определена диета?

Спазването на безглутенова диета е от изключителна важност за лечението на вашето заболяване. Диетата намалява дозата на лекарствата и евентуално може да направи приемът им ненужен, облекчава оплакванията от страна на стомашно-чревния тракт. Специални безглутенови храни се срещат в някои от супермаркетите в страната. Действието на диетата е бавно, така че тя трябва да се изпълнява продължително с постоянство и търпение.

Други въпросителни

Не се колебайте за попитате лекуващият ви лекар допълнителните въпроси, които ви вълнуват.

ПЕМФИГОИД

Това са отговорите на няколко въпроса касаещи Вас и вашето заболяване.

Как се нарича вашето заболяване?

Вие страдате от болест, наречена булозен пемфигOID. Това е заболяване протичащо с образуване на мехури по кожата.

Какви са причините за това заболяване?

Истинските причини за вашето заболяване и до ден днешен остават неизвестни. Подозират се наследствена обремененост, различни лекарствени препарати, вътрешни заболявания, емоционален стрес, често проявата не може да се свърже с конкретна причина.

Какъв е механизмът по-който се уврежда кожата?

Причината за измененията по кожата е имунната система, която уврежда определени нейни структури. Това е и причината лечението да се извършва с потискащи имунната система лекарства.

Как протича вашето заболяване?

Обикновено булозния пемфигOID е самоограничаваща се болест, която продължава около 1-5 години. Понякога заболяването може да има сериозно и тежко протичане, което налага сериозното ви отношение към редовния прием на лекарства, редовните посещения при лекуващия ви лекар, спазването стриктно на указанията дадени от него.

Трябва ли да спазвате определена диета?

Необходимо е да избягвате твърди и груби храни поради лесната ранимост на устната лигавица и последващото трудно заздравяване. Останалите храни не влияят върху хода на заболяването.

Можете ли да се излагате на слънце?

Понякога слънцето може да влоши вашето заболяване.

Други въпросителни

Не се колебайте да зададете на лекуващия ви лекар допълнителните въпроси, които ви вълнуват.

КП № 93 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖКОПРОТИЧАЩИ БАКТЕРИАЛНИ ИНФЕКЦИИ НА КОЖАТА

Минимален болничен престой – 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A46 Еризипел

Не включва: в послеродовия период или послеродов еризипел (O86.8)

Херпес зостер [herpes zoster]

Включва: херпес зостер
zona

B02.7 Дисеминирана херпес зостер инфекция

B02.8 Херпес зостер с други усложнения

Целулит

Включва: остър лимфангит

Не включва: целулит на:

- анална и ректална област (K61.—)
 - външен слухов проход (H60.1)
 - външни полови органи:
 - женски (N76.4)
 - мъжки (N48.2, N49.—)
 - клепач (H00.0)
 - слъзен апарат (H04.3)
 - уста (K12.2)
 - нос (J34.0)
- еозинофилен целулит [Wells] (L98.3)
фебрилна неутрофилна дерматоза [Sweet] (L98.2)
лимфангит (хроничен)(субакутен) (I89.1)

L03.1 Целулит на други части на крайниците

Аксила
Бедро
Раменен пояс

L03.2 Целулит на лицето

L03.3 Целулит на торса

Коремна стена
Гръб [всяка част]
Гръдна стена
Ингвинална област
Перинеум
Пъп

Не включва: омфалит на новородено (P38)

L03.8 Целулит с други локализации

Глава [всяка област без лицето]
Окосмена част на главата

Други локални инфекции на кожата и подкожната тъкан

L08.0 Пиодермия

Дерматит:

- гноен
- септичен
- супуративен

Не включва: пиодерма гангренозум (L88)

L88 **Гангренозна пиодермия**
Гангренозен дерматит
Гангренозна пиодермия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1926 Микробиологични изследвания

- 91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
- 91935-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за бактериална намазка
- 91935-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура
- 91935-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност

1934 Други лабораторни изследвания

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
- 92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1601 Превръзка на друга рана

- 30055-00 Превръзка на рана
Смяна на превръзка
Подмяна тампонада на рана или дрен
Включва: отстраняване на конци
Не включва: повторно въвеждане на дренажна тръба при абсцес на мека тъкан (30225-00 [1554])
такава при изгаряне (30010-00, 30014-00 [1600])

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура **92191-00/92191-01** 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.

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритро-дермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести“.

1. 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 кожни и венерически болести или Център по кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II ниво **

*- Съгласно медицински стандарт “Кожни и венерически болести”, разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури II ниво на компетентност.

** - В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договорът задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.

За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

2. 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, на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

3.1. Отделение по образна диагностика – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

3.2. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина (или кабинет по физикална терапия на кожно-венерическите заболявания) - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти при наличие на клинични и параклинични данни за бактериални инфекции на кожата при:

- силно изразена локална възпалителна реакция с ширина над 5 см и палпируемо уплътнение в дълбочина на засегнатия участък;
- дисеминирани пиодермични лезии;
- изразена общотоксична симптоматика;
- съпътстващи хронични заболявания и състояния, усложняващи протичането и лечението на заболяването;
- херпес-зостерна инфекция на кожата с импетигинизация;
- лимфонулит - лимфни възли с големина на лешник, в участъка до кожното възпаление.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

2.1. Анамнеза – начало на заболяването, поява на мехури или ерозии, наличие на придружаващи заболявания, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

2.2. Дерматологичен статус – характер и локализация на патологичните промени.

2.3. Общ статус.

2.4. Микробиологични изследвания.

2.5. Параклинични показатели – хематологични показатели.

2.6. Цитологично изследване – при необходимост.

2.7. Имунологични изследвания – при необходимост.

А. Етиологична терапия.

Оптималната антибиотична терапия е съобразена с антибиограмата на изолирания етиологичен агент.

Група
Пеницилини: <ul style="list-style-type: none">- Биосинтетични пеницилини при стрептококова инфекция- Пеницилиназо-резистентни или протектирани широкоспектрни пеницилини при стафилококова инфекция
Цефалоспорины при стафилококови и смесени инфекции: <ul style="list-style-type: none">- първо поколение- второ поколение- трето поколение
Карбапенеми при стафилококови и смесени инфекции
Метицилинрезистентни щамове
Мултирезистентен / оксацилин резистентен Стафилококус ауреус

Гликопептиди
Макролиди при пеницилин – алергични пациенти
Добавена анаеробна инфекция
Противовирусни медикаменти

Б. Патогенетична терапия.

Група
Антикоагуланти
Съдоукрепващи средства
Нестероидни противовъзпалителни средства
Кортикостероиди – на фона на антибактериални препарати
Витаминна терапия
Неспецифична стимулираща терапия
Имунотерапия
Антиоксиданти
Хипербарна оксигенация

В. Локални средства.

Група
Разтвори и антисептици
Антибиотични кремове и унгвенти

Г. Други.

Хирургични процедури: Хирургична инцизия и дренаж Хирургична ексцизия Електрокоагулация Лазерхирургия	Физиотерапия Ултрависокочестотна терапия Електрофореза Хидропроцедури Лазерна терапия
---	---

Д. Лечение на придружаващите заболявания.

Придружаващи заболявания	Лечение
Микози	Локални антимиотици
Заболявания на периферните съдове	Перорални съдоукрепващи и локални средства
Огнища на хронична стафилококова/ стрептококова инфекция	Саниране с: локален антибиотик Mupirocin и/или с локален антисептик Octenidin hydrochloride
Диабет	Диета със или без общи антидиабетни средства
Други	

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011 г.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на клиничната картина и резултатите от микробиологичното изследване, динамиката на заболяването и повлияването от провежданото лечение.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и;
- постигане на овладяване на локалните и общотоксични възпалителни прояви;
- контрол върху страничните действия на антибактериалните препарати.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Пиодермиите са остри възпалителни заболявания на кожата, причинени от бактерии. Появяват се бързо, може да прогресират и често налагат лечение в болница. При забавяне на лечението са възможни усложнения и прогресиране на заболяването.

Престоят в отделението ще продължи не по-малко от 7 дни. При наличие на усложнения болничния престой ще се наложи да бъде удължен.

Необходими са изследвания на кръвта и урината, микробиологични изследвания, както и други.

Лечението включва антибактериални и други средства, прилагани мускулно, венозно и през устата, както и локални лекарствени средства.

Еризипелът е остра неконтагиозна (незаразна) инфекция на кожата, причинена от стрептококи. Засяга предимно долните крайници, но не са редки локализации по горни крайници и лицето. Заболяването започва остро, със зачервяване, оток и болка на кожата, придружени от втрисане и повишена температура. Еризипелът може да рецидивира многократно и да доведе до остатъчни промени по кожата или засилване на наличния лимфедем, затова е необходимо упорито и системно съблюдаване на някои основни правила:

1. Лекувайте съпътстващите заболявания, като микоза, екзема, варикозна болест, посттромбофлебитен синдром, лимфо-венозна недостатъчност, диабет, хронични болести на ухото, гърлото, носа и други, тъй като предразполагат развитието на инфекцията.

2. Избягвайте травмите, изстудяването, претоплянето, преумората, влажността, защото провокират появата на еризипела.

3. Вашият общопрактикуващ лекар ще прецени налага ли се болнично лечение, а дерматолога – показано ли е провеждане на депо-пеницилинова профилактика и използване на допълнителни лечебни средства.

4. При оформяне на остатъчни промени от еризипел или засилване на наличния лимфедем, избягвайте прекалено застоялия живот, продължителното заседяване на стол със спуснати крака, продължителното неподвижно правостоеене, които засилват отоците. Обратно, умерените активни движения, ежедневни разходки, утринна гимнастика, умерен туризъм, плуване, велосипед и други леки спортове подпомагат активно венозното и лимфооттичане. Свикнете да спите нощем и да почивате денем по 1-2 часа с повдигнати крака, като поставите под дюшека на леглото си широки възглавници или одеала, с постепенно намаляващ наклон към седалището.

Носете през целия ден добре стегнати еластични чорапи.

Избягвайте работа в топли и влажни помещения и всякакъв вид топли процедури върху оточния крайник, каквито често се препоръчват от лица, непознаващи заболяването.

Полезни са ежедневните масажи и краткотрайна лечебна физкултура.

Информация за пациента относно терапевтичната стратегия

Водещи в лечението на еризипелната инфекция са антибиотиците. В допълнение се използват медикаменти, които повлияват нарушенията, настъпили от еризипелното възпаление (неспецифични стимулиращи средства, кортикостероиди, съдовоукрепващи и антикоагулантни средства, витамини, нестероидни противовъзпалителни средства, дезинтоксикационни средства). Локалната терапия заема спомагателно положение в лечението на еризипела. През острия период се препоръчват антисептични компреси с калиев перманганат или компресол. Мазите, топлите процедури и компресите с риванол са абсолютно противопоказани. За предпазване от остатъчни прояви на еризипела и от усложнения се прилагат физиотерапевтични процедури, които се предписват след консултация с физиотерапевт. Намаляването броя на рецидивите е единствено възможният път за намаляване заболяемостта от еризипел. Необходимо е лечение на входните врати, придружаващите заболявания, фокусите от стрептококов произход и избягване на провокиращите фактори.

Въведени са два етапа в профилактиката на рецидивите:

Първият етап е пълноценното лечение на еризипела в острия стадий, а вторият е въвеждането на депо-пеницилиновия препарат (ретарпен 2,4) извън острите прояви, по време на диспансерното наблюдение.

В профилактиката на еризипела голямо значение имат всички форми на здравна просвета. След изписване от стационара се дават трудови препоръки. Ако инфекцията протича на фона на лимфен едем с функционални нарушения, пациентите се насочват към ТЕЛК за оформяне на инвалидност.

Херпес зостер

Това е вирусно заболяване, причинено от Варицела зостер вирус. Най-често човек се заразява в млада възраст (при боледуване от варицела), след което остава т.нар. дремеща инфекция. При имунна недостатъчност (тежки заболявания, стрес и др.) болестта може да се активизира и протече с типична клинична картина. Засягат се определени кожни участъци, инервирани от даден нерв.

В началото е нарушена сетивността в този кожен участък, в последствие се появява зачервяване, чувство за парене, "мравучкане" и поява на ситни мехурчета. След спукване на мехурчетата се отделя бистра или кръвениста течност, богата на вируси. Да се избягват контакти с малки деца и хронично и тежкоболни хора.

След провеждане на своевременно и адекватно лечение с виростатици болестта преминава за 10-15 дни. При възрастните пациенти остават постзостерни сетивни нарушения, дори и с болка, които персистират с месеци.

КП № 94 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖКОПРОТИЧАЩИ ФОРМИ НА ПСОРИАЗИС - ОБИКНОВЕН, АРТРОПАТИЧЕН, ПУСТУЛОЗЕН И ЕРИТРОДЕРМИЧЕН

Минимален болничен престой – 10 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Псориазис

- L40.0 Псориазис вулгарис**
Нумуларен псориазис
Псориазис с плаки
- L40.1 Генерализиран пустулозен псориазис**
Импетиго херпетиформис
Болест на Von Zumbusch
- L40.2 Акродерматитис континуа**
- L40.3 Палмоплантарна пустулоза**
- L40.4 Гутатен псориазис**
- L40.8 Други видове псориазис**
Инвертен псориазис

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

402 Биопсия на устна кухина или меко небце

- 30075-23 Биопсия на устна кухина
Биопсия на:
• костно небце
• устна
• уста
Не включва: такава на:
• меко небце (30075-24 [402])
• увула (30075-24 [402])

1618 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

- 30071-00 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

1926 Микробиологични изследвания

- 91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
- 91935-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

- 91914-11 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и /или кожни лезии

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1920	Приложение на фармакотерапия
	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-00	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен)

	<ul style="list-style-type: none"> • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
1609	Псоралени и терапия на кожа с ултравиолетова А светлинна [PUVA]
	<p>Фотохимиотерапия на кожа</p> <p>14053-00 Псоралени и ултравиолетова А терапия на ръка</p> <p>14053-01 Псоралени и ултравиолетова А терапия на крак</p> <p>14053-02 Псоралени и ултравиолетова А терапия на ръка и крак</p> <p>14050-00 Псоралени и ултравиолетова А терапия на друго място</p> <p>Псорален и ултравиолетова А терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на цяло тяло • на новородено
1610	Ултравиолетова В светлинна терапия на кожа [UVB]
	<p>Теснолентова ултравиолетова В (UVB) фототерапия на кожа</p> <p>Ултравиолетова В фототерапия на кожа</p> <p>14053-03 Ултравиолетова В терапия на ръка</p> <p><i>Не включва:</i> теснолентова UVB (14053-06 [1610])</p> <p>14053-04 Ултравиолетова В терапия на крак</p> <p><i>Не включва:</i> теснолентова UVB (14053-07 [1610])</p> <p>14053-05 Ултравиолетова В терапия на ръка и крак</p> <p><i>Не включва:</i> теснолентова (14053-08 [1610])</p> <p>14050-01 Ултравиолетова В терапия на друго място</p> <p>Ултравиолетова В терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на цяло тяло • на новородено <p><i>Не включва:</i> теснолентова UVB (14050-02 [1610])</p> <p>14053-06 Теснолентова ултравиолетова В терапия на ръка</p> <p>14053-07 Теснолентова ултравиолетова В терапия на крак</p> <p>14053-08 Теснолентова ултравиолетова В терапия на ръка и крак</p> <p>14050-02 Теснолентова ултравиолетова В терапия на друго място</p> <p>Теснолентова ултравиолетова В терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на цяло тяло • на новородено
1611	Друга фототерапия на кожа
90677-00	<p>Друга фототерапия, кожа</p> <p>Фототерапия на новородено БДУ</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**, насочени към основната диагноза..

Основна процедура 92191-00/92191-01 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 хистологично доказана и потвърдена диагноза псориазис, клиничната пътека се счита за завършена при отразена една основна диагностична и две основни терапевтични процедури.

Резултатите от проведено хистологично изследване на пациента при предходна хоспитализация се признават, ако са с давност не по-голяма от 5 години.

С код **91914-11 за хистология**, да се отчита като диагностично значим резултат само от лечебно заведение, разполагащо с хистопатологична лаборатория, в която работи лекар - дерматолог с придобита специалност и сертификат от Българско Дерматологично Дружество - секция „Дерматопатология и имунохистопатология“ за проведено следдипломно обучение за 6 месеца в клиника по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска“ ЕАД, гр. София и положен изпит пред комисия по хистопатология и имунохистохимия към Българско Дерматологично Дружество.

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести”.

1. 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 кожно-венерически болести или Център по кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II ниво **

*- Съгласно медицински стандарт “Кожни и венерически болести”, разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури II ниво на компетентност.

******- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договорът задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.

За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

2. 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, на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

3.1. ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

3.2. Лаборатория по клинична патология (хистопатологична лаборатория) или Отделение по дерматохистопатология и имунохистохимия - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията при:

- Първоначално диагностично уточняване, определяне на терапевтично поведение и започване на лечение на псориазис, възникнал в детска възраст;

Диагностично уточняване и лечение на пациенти с псориазис и придружаващи хронични заболявания (диабет, сърдечно-съдови заболявания, метаболитен синдром, псориазисен артрит), влошаващи протичането на заболяването и налагащи лечение в стационарни условия в случаите на:

- засягане на повече от 30 % от кожната повърхност/Psoriasis Area Severity Index (PASI)>20.
- генерализиран пустулозен псориазис - Body Surface Area (BSA)>20.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

2.1. Анамнеза – начало на заболяването, поява на мехури или ерозии, наличие на придружаващи заболявания, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

2.2. Дерматологичен статус – характер и локализация на патологичните промени.

2.3. Общ статус.

2.4. Параклинични показатели - хематологични показатели.

2.5. Хистологично изследване.

2.6. Цитологично изследване – при необходимост.

2.7. Микробиологични изследвания – при необходимост.

2.8. Имунологични изследвания – при необходимост.

I. Препоръчително лечение при псориазис.

А) Цитостатици.

В) Ароматни ретиноиди.

С) Други.

Methotrexate - парентерално или перорално 1 път седмично в доза, в зависимост от индивидуалните особености на пациента, в продължение на няколко месеца.

Cyclosporin A - средна доза 2,5-5 мг /кг. тегло дневно в продължение на няколко месеца.

Hydroxyurea - 1,5гр. дневно за един месец, след това по 1гр.дн. за поддържащо лечение.

Ароматни ретиноиди до стационариране на заболяването, след това 10-25 мг. дневно за поддържащо лечение. Могат да се комбинират с PUVA, SUT, UVB лъчи.

Други:

Витамини

Антибиотици

Антиоксиданти

Психофармака

Липотропни фактори

II. Физиотерапия.

Група	
Изкуствена UV-радиация	Живачно-кварцова лампа
Селективна ултравиолетова терапия (SUT)	UVA и UVB - лъчи от 292 до 335 nm
Фотохимиотерапия (PUVA)	Фотосенсибилизатори (8 -Methoxypsoralen) и UVA - лъчи (365 nm)

III. Локални средства.

Индиферентни средства
Кератолични средства
Катрани
Кортикостероиди
Vit. D 3
Цитостатици
Ретиноиди
Производни на нефта
Йодни препарати
Растителни препарати
Лечебни шампоани

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- клиничните данни;
- хистопатологичното изследване.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- овладяване на острите прояви, достигане на морбистаза;
- контрол върху страничните действия от цитостатичното лечение и лечението с ароматни ретиноиди.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Обща информация

Псориазисът е често срещано кожно заболяване, което може да започне в по-ранна или по-късна възраст. Протичането му е хронично-рецидивиращо. Освен кожата могат да бъдат засегнати ставите и ноктите. Измененията се разполагат най-често по главата и крайниците. От вътрешните органи се наблюдават отклонения във функцията на черния дроб.

Особено важно за поставяне на диагнозата е хистопатологичното изследване. При него се взема биопсия от засегната кожа, която се обработва по специфичен начин и с помощта на светлинен микроскоп се наблюдават промените в кожата. При отклонения в изследванията на кръв и урина може да се назначи ехография на коремни органи и да се осъществи консултация с други специалисти (гастроентеролог).

Възможности за лечение и прогноза: зависят от формата на заболяването и индивидуалните особености на пациента. След овладяване на острите прояви се преминава към поддържащо лечение. Необходимо е периодично наблюдение на пациента от дерматолог. Спазването на определен диетичен режим не е необходимо. Важно е пациентите да се въздържат от употреба на алкохол, поради опасност от развитие на усложнения от страна на черния дроб. Да избягват механичните травми на кожата. Да не приемат лекарства без лекарско назначение, поради опасност от влошаване на псориазиса.

Терапия

Лечението е съобразено с формата на заболяването, областите от кожата, които са засегнати, индивидуалната поносимост на лекарствата и съпътстващите заболявания. Чрез периодично проследяване от специалист - дерматолог се решава с какви медикаменти и как да протече курса на лечение.

Пациентът ще бъде информиран от лекуващия лекар с какви медикаменти ще бъде лекуван и ще бъде разпитан за предшестваща алергия към тези медикаменти. По този начин ще се предотвратят нежелани лекарствени взаимодействия и странични ефекти.

Лекарят информира пациента за начина на приложение на лекарствата и за евентуалните странични ефекти от тяхното приложение. За редовното приемане на лекарствата се грижат лекуващата и дежурната медицинска сестра.

КП № 95 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРОВЪЗНИКНАЛИ И ТЕЖКОПРОТИЧАЩИ ЕРИТРОДЕРМИИ С ГЕНЕРАЛИЗИРАН ЕКЗАНТЕМ

Минимален болничен престой - 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Периферни и кожни Т-клетъчни лимфоми

Включва: морфологичен код M970 с код за характера на новообразованието /3

C84.0 Mycosis fungoides

Атопичен дерматит

Не включва: циркумскриптен невродерматит (L28.0)

L20.8 Други форми на атопичен дерматит

Екзема:

- на гънките, НКД
- в детска възраст (остра)(хронична)
- ендогенна (алергична)

Невродермит:

- атопичен
- дифузен

Себореен дерматит

Не включва: инфекциозен дерматит (L30.3)

L21.1 Себореен дерматит в детска възраст

Алергичен контактен дерматит

Включва: алергична контактна екзема

Не включва: алергия БДУ (T78.4)

дерматит (от)(на):

- БДУ (L30.9)
- контактен БДУ (L25.9)
- пелени (L22)
- субстанции, приети вътрешно (L27.—)
- клепач (H01.1)
- иритативен контактен (L24.—)
- периорален (L71.0)

екзема на външното ухо (H60.5)

болести на кожата и подкожната тъкан, предизвикани от радиация (L55—L59)

L23.3 Алергичен контактен дерматит от лекарства при контакта им с кожата

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: алергична реакция БДУ от лекарства (T88.7)
дерматит от погълнати лекарствени средства (L27.0—L27.1)

L23.4 Алергичен контактен дерматит от бои

L23.5 Алергичен контактен дерматит от други химични средства

Цимент

Инсектициди

Пластмаса

Каучук

L23.7 Алергичен контактен дерматит от растения, с изключение на хранителни

Иритативен контактен дерматит**Включва:** иритативна контактна екзема**Не включва:** алергия БДУ (Т78.4)

дерматит (от)(на):

- БДУ (L30.9)
- алергичен контактен (L23.—)
- контактен БДУ (L25.9)
- пелени (L22)
- вътрешно приети субстанции (L27.—)
- клепач (H01.1)
- периорален (L71.0)

екзема на външното ухо (H60.5)

болести на кожата и подкожната тъкан, предизвикани от радиация (L55—L59)

L24.4 Иритативен контактен дерматит от лекарствени средства при контакта им с кожата

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: алергична реакция БДУ от лекарства (Т88.7)

дерматит, дължащ се на погълнати лекарства (L27.0—L27.1)

Дерматит от вътрешно приети субстанции**Не включва:** неблагоприятно(-а):

- въздействие на лекарствени средства БДУ (Т88.7)
 - реакция към храна, с изключение на дерматит (Т78.0—Т78.1)
- алергия БДУ (Т78.4)
-
- контактни дерматити (L23—L25)
-
- лекарствена:
- фотоалергична реакция (L56.1)
 - фототоксична реакция (L56.0)
- уртикария (L50.—)

L27.0 Генерализиран кожен обрив от лекарства и медикаменти

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

L40.8 Други видове псориазис

Инвертен псориазис

Други папулосквамозни увреждания**L44.0 Питириазис рубра pilaris****Вродена ихтиоза****Не включва:** болест на Refsum (G60.1)**Q80.0 Ихтиозис вулгарис****Q80.8 Други форми на вродена ихтиоза****КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ****ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****1618 Биопсия на кожа и подкожна тъкан**

30071-00 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

30072-00 Имунофлуоресценция на кожа
Директна и индиректна имунофлуоресценция**1926 Микробиологични изследвания**

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91935-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност
1927	Морфологични изследвания
91914-11	Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и /или кожни лезии
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1920	Приложение на фармакотерапия риложение на фармакотерапия
	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>

96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-00	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
1609	Псоралени и терапия на кожа с ултравиолетова А светлинна [PUVA]
	<p>Фотохимиотерапия на кожа</p> <p>14053-00 Псоралени и ултравиолетова А терапия на ръка</p> <p>14053-01 Псоралени и ултравиолетова А терапия на крак</p> <p>14053-02 Псоралени и ултравиолетова А терапия на ръка и крак</p> <p>14050-00 Псоралени и ултравиолетова А терапия на друго място</p> <p>Псорален и ултравиолетова А терапия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на цяло тяло • на новородено
1610	Ултравиолетова В светлинна терапия на кожа [UVB]
	<p>Теснолентова ултравиолетова В (UVB) фототерапия на кожа</p> <p>Ултравиолетова В фототерапия на кожа</p> <p>14053-03 Ултравиолетова В терапия на ръка</p> <p><i>Не включва:</i> теснолентова UVB (14053-06 [1610])</p> <p>14053-04 Ултравиолетова В терапия на крак</p> <p><i>Не включва:</i> теснолентова UVB (14053-07 [1610])</p> <p>14053-05 Ултравиолетова В терапия на ръка и крак</p> <p><i>Не включва:</i> теснолентова (14053-08 [1610])</p>

14050-01	Ултравиолетова В терапия на друго място Ултравиолетова В терапия: • на цяло тяло • на новородено <i>Не включва:</i> теснолентова UVB (14050-02 [1610])
14053-06	Теснолентова ултравиолетова В терапия на ръка
14053-07	Теснолентова ултравиолетова В терапия на крак
14053-08	Теснолентова ултравиолетова В терапия на ръка и крак
14050-02	Теснолентова ултравиолетова В терапия на друго място Теснолентова ултравиолетова В терапия: • на цяло тяло • на новородено

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00/92191-01 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.

С код **91914-11 за хистология**, да се отчита като диагностично значим резултата само от лечебно заведение, разполагащо с хистопатологична лаборатория, в която работи лекар - дерматолог с придобита специалност и сертификат от Българско Дерматологично Дружество - секция „Дерматопатология и имунохистопатология“ за проведено следдипломно обучение за 6 месеца в клиника по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска“ ЕАД, гр. София и положен изпит пред комисия по хистопатология и имунохистохимия към Българско Дерматологично Дружество.

Забележка: При заболявания с кодове **L44.0, Q80.0, Q80.8** резултатите от проведено хистологично изследване на пациента при предходна хоспитализация се признават, ако са с давност не по-голяма от 5 (пет) години.

При заболяване с код **C84.0 Mycosis fungoides** резултатите от проведено хистологично изследване на пациента при предходна хоспитализация се признават, ако са с давност не по-голяма от 1 (една) година.

Хистологичното изследване е задължително само при първа хоспитализация при заболявания със следните кодове на диагнози: L20.8, L21.1, L23.3, L23.4, L23.5, L23.7, L24.4, L27.0.

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести". Изискванията за наличие на задължителни звена и апаратура са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести“.

1. 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 кожно-венерически болести или Център по кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II или III ниво**

*- Съгласно медицински стандарт “Кожни и венерически болести”, разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури от III ниво на компетентност.

** - В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.

За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

2. 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. Хистопатологична лаборатория (с възможност за имунофлуоресцентна диагностика)
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари с призната специалност по кожни и венерически болести - шестима специалисти

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари с призната специалност по кожни и венерически болести - шестима специалисти.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. Отделение по образна диагностика - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- островъзникнали състояния с генерализиран екзантем, засягащ и лицето или над 70 % от кожната повърхност;
- еритродермии с генерализиран екзантем и тежки придружаващи заболявания, затрудняващи лечението на заболяването и налагащи лечение в стационарни условия (лимфоми, диабет, сърдечно-съдови заболявания).

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

2.1. Анамнеза – остро или хронично протичане, начало на заболяването, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

2.2. Дерматологичен статус – характер и локализация на патологичните промени.

2.3. Общ статус.

2.4. Параклинични показатели - хематологични показатели.

2.5. Хистологично изследване.

2.6. Имунологични изследвания – при необходимост.

2.7. Микробиологични изследвания – при необходимост.

ЛЕЧЕНИЕ

ГРУПИ:

1. Кортикостероиди.
2. Имуносупресори.
3. Средства, възстановяващи водно-електролитния и белтъчен баланс.
4. Антибиотици.
5. Антимикотици.

Системните глюкокортикостероиди са медикаменти от първа линия в терапията на еритродермиите. Дозата на кортикостероида се определя от клиничното състояние (от дерматологичния статус - поразена кожна повърхност, наличие на импетигинизация и придружаващи заболявания), от лабораторните изследвания.

Цитостатици с имуносупресивни свойства – прилагат се рядко самостоятелно и по - често в съчетание с глюкокортикостероиди.

Индикации за приложението им са:

- възрастни пациенти, при които кортикостероидната терапия е контраиндицирана (диабет, хипертония, катаракта, язва на стомаха, остеопороза и др.);
- болни, резистентни на терапия с високи дози кортикостероиди;
- болни, които не понасят поддържаща кортикостероидна терапия и др.

ЛОКАЛНИ СРЕДСТВА:

1. Антисептици.
2. Кортикостероиди.
3. Антибиотици.
4. Емолиенти.

ФИЗИОТЕРАПИЯ:

1. Селективна ултравиолетова терапия (SUT)
2. Фотохимиотерапия (PUVA)

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- клиничните данни;
- хистопатологичното изследване;
- данни от директната имунофлуоресценция.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- овладяване на острите прояви, достигане на морбистаза;
- контрол върху страничните действия от цитостатичното лечение и лечението с кортикостероиди.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Под понятието еритродермия се разбира възпалителен процес на цялата кожна повърхност, изразен с дифузно зачервяване, инфилтрация и залющване, с често засягане на кожните придатъци – косми и нокти, а понякога и на други органи.

Какъв е механизмът по който се уврежда кожата?

За възникването на еритродермиите са от значение различни фактори: наследствена обусловеност (ихтиозис вулгарис и др.), инфекциозни агенти (вируси, бактерии, кандида и др.), токсични и алергични фактори (медикаменти, химикали), заболявания на вътрешните органи (имунопатии, карциноми, болести на недохранването), хематологични заболявания, при генерализиране на някои дерматози (псориазис, екзема, пемфигус фолиацеус, лихен рубер планус, пителиазис рубра пиларис). Общите симптоми се обуславят от универсалното възпаление на кожата и смутеното вроговяване. При хроничните еритродермии може да се стигне и до хипотермия, в резултат на което се повишава обмяната на веществата. Обилното залющване на кожата води до загуба на протеини, което може да достигне до 10 g/m² кожна повърхност дневно. Смутената кератинизация се отразява и на космите и ноктите, поради което се развива дифузно разреждане на косата и дистрофични промени на ноктите. Хроничното протичане на някои еритродермии може да доведе до имунен дефицит, което е предпоставка за чести общи инфекции.

Клиничната картина. Еритродермиите са характерни за по-напредналата възраст (с изключение на генетично обусловените, които започват обикновено от ранна детска възраст). Цялата кожа е обхваната от дифузен възпалителен процес, който се изразява със зачервяване, инфилтрация и залющване. Мъжете боледуват два пъти по-често от жените. Голяма част от болните имат сърбеж, който е особено силно изразен при генерализираните екземи. При някои еритродермии може да има увеличение на лимфните възли, а понякога на черния дроб и далака. Повечето еритродермии протичат хронично, с изключение на токсоалергичните, предизвикани от някои медикаменти.

За изясняване на етиологията и патогенезата на еритродермиите е необходима подробна анамнеза, подробен дерматологичен и общ статус. Основно диагностично значение има кожната и лигавична биопсия. Диагностичният процес често налага директната (ДИФ) имунофлуоресценция с оглед уточняване на диагнозата и ефективността от приложеното лечение.

Правилно поставената диагноза и адекватното и навременно лечение имат важно значение за овладяване на заболяването.

Лечението на повечето еритродермии включва локални и системни кортикостероиди; цитостатици. Фотохимиотерапия; ароматни ретиноиди при генетично обусловени еритродермии; антихистамини – при еритродермии в резултат на генерализирани екземи и от медикаменти; антибиотици при еритродермии от инфекциозен произход. Витамини, поливитаминови с микроелементи.

КП № 96 ЛЕЧЕНИЕ НА КОЖНИ ПРОЯВИ ПРИ СЪЕДИНИТЕЛНО-ТЪКАННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ВАСКУЛИТИ

Минимален болничен престой – 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Лупус еритематодес

Не включва:

лупус:

- екзеденс (A18.4)
- вулгарис (A18.4)
- склеродермия (M34.—)
- системен лупус еритематодес (M32.—)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало увреждане, се използва допълнителен код за външна причина (клас XX).

L93.1 Субакутен кожен лупус еритематодес

L93.2 Други форми на кожен лупус еритематодес

Лупус:

- еритематодес профундус
- паникулит

Кожен васкулит, некласифициран другаде

Не включва:

- ангиома серпигинозум (L81.7)
- анафилактоидна пурпура на Henoch(-Schönlein) (D69.0)
- хиперсензитивен ангиит (M31.0)
- паникулит (при)(на):
 - БДУ (M79.3)
 - лупус (L93.2)
 - шията и гърба (M54.0)
 - рецидивиращ (Weber-Christian) (M35.6)
- полиартериитис нодоза (M30.0)
- ревматоиден васкулит (M05.2)
- серумна болест (T80.6)
- уртикария (L50.—)
- грануломатоза на Wegener (M31.3)

L95.8 Други кожни васкулити

Други болести на кожата и подкожната тъкан, некласифицирани другаде

L98.2 Фебрилна неутрофилна дерматоза [Sweet]

L98.3 Еозинофилен целулит [Wells]

Дерматополимиозит

M33.1 Други дерматомиозити

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

402 Биопсия на устна кухина или меко небце

30075-23 Биопсия на устна кухина

	Биопсия на: <ul style="list-style-type: none"> • костно небце • устна • уста Не включва: такава на: <ul style="list-style-type: none"> • меко небце (30075-24 [402]) • увула (30075-24 [402])
1618	Биопсия на кожа и подкожна тъкан
30071-00	Биопсия на кожа и подкожна тъкан
30072-00	Имунофлуоресценция на кожа Директна и индиректна имунофлуоресценция
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
1926	Микробиологични изследвания
91935-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност
1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924	Биохимични изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
1930	Имунологични изследвания
	при необходимост:
91923-00	Определяне на криоглобулин
	при необходимост:
91923-01	Определяне на общи имуноглобулини IgM
	при необходимост:
91923-02	Определяне на общи имуноглобулини IgG
	при необходимост:
91923-03	Определяне на общи имуноглобулини IgA
	при необходимост:
91923-04	Определяне на C3 компонент на комплемента
	при необходимост:
91923-05	Определяне на C4 компонент на комплемента
	при необходимост:
91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум

1927 Морфологични изследвания	
91914-11	Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и /или кожни лезии
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1920 Приложение на фармакотерапия	
	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент
96199-03	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

	<p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**, насочени към основната диагноза.

Диагностична процедура „Изследване на кръв“ задължително включва следните кодове: **91910-04; 91910-12; 91910-13; 91910-26; 91910-27.**

Основна процедура **92191-00/92191-01** 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.

С код **91914-11 за хистология**, да се отчита като диагностично значим резултата само от лечебно заведение, разполагащо с хистопатологична лаборатория, в която работи лекар - дерматолог с придобита специалност и сертификат от Българско Дерматологично Дружество - секция „Дерматопатология и имунохистопатология“ за проведено следдипломно обучение за 6 месеца в клиника по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска“ ЕАД, гр. София и положен изпит пред комисия по хистопатология и имунохистохимия към Българско Дерматологично Дружество.

Без извършена биопсия клиничната пътека не може да бъде отчетена! Резултатите от проведена биопсия и хистологично изследване на пациента при предходна хоспитализация се признават, ако са с давност не по-голяма от 5 години.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924 и 1930 – се извършват и кодират задължителните, както и необходимите кодове по преценка от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести“.

1. 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. Дерматовенерологична клиника/отделение или Център по кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II ниво **

*- Съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести", разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури II ниво на компетентност.

** - В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договорът задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.

За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

2. 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, на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

3. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

3.1. ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността по договор с друго ЛЗ.

3.2. Кардиологично отделение - допуска се осигуряване на дейността по договор с друго ЛЗ.

3.3. Отделение по образна диагностика - допуска се осигуряване на дейността по договор с друго ЛЗ.

3.4. Лаборатория по клинична патология (хистопатологична лаборатория) или Отделение по дерматохистопатология и имунохистохимия – допуска се осигуряване на дейността по договор с друго ЛЗ.

3.5. Имунологична лаборатория (лаборатория по имунофлуоресцентна диагностика) - допуска се осигуряване на дейността по договор с друго ЛЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- тежки дисеминирани форми на кожни прояви при съединително-тъканни заболявания и васкулити.
- фебрилна неутрофилна дерматоза (Sweet);
- еозинофилен целулит (Wells).
- пациенти със заболявания на съединителната тъкан и васкулити по заболявания с посочените кодове, провеждащи амбулаторно лечение без задоволителен терапевтичен ефект.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

2.1. Анамнеза – начало на заболяването, поява на мехури или ерозии, наличие на придружаващи заболявания, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

2.2. Дерматологичен статус – характер и локализация на патологичните промени.

2.3. Общ статус.

2.4. Параклинични показатели - хематологични показатели.

2.5. Хистологично изследване.

2.6. Цитологично изследване – при необходимост.

2.7. Микробиологични изследвания – при необходимост

2.8. Имунофлуоресценция – при необходимост.

2.9. Имунологични изследвания – при необходимост.

ПРЕПОРЪЧИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ

ГРУПИ:

1. Кортикостероиди.
2. Имуносупресори.
3. Средства, възстановяващи водно-електролитния и и белтъчен баланс.
4. Антибиотици. Антимикотици.
5. Системни антималярийни средства.

Системни глюкокортикостероиди. Дозата на кортикостероида се определя от клиничното състояние (от дерматологичния статус - поразена кожна повърхност, наличие на придружаващи заболявания), от лабораторните изследвания.

Цитостатици с имуносупресивни свойства – приложението им се определя от клиничното състояние и ефекта от лечението.

Индикации за приложението им са:

- възрастни пациенти, при които кортикостероидната терапия е контраиндицирана (диабет, хипертония, катаракта, язва на стомаха, остеопороза и др.);
- болни, резистентни на терапия с високи дози кортикостероиди;
- болни, които не понасят поддържаща кортикостероидна терапия и др.

ЛОКАЛНИ СРЕДСТВА:

1. Антисептици.
2. Кортикостероиди.
3. Антибиотици.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на клиничните, хистологичните и имунологичните данни.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- достигане на морбистаза;
- контрол върху страничните действия от цитостатичното лечение и лечението с кортикостероиди.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДЕС**

Определение: Заболяване, дължащо се на автоимунни механизми, което засяга един или няколко вътрешни органи, имащо чести кожни прояви и протичащо остро и хронично.

Според хода на развитие различаваме: хроничен кожен, субакутен кожен и системен лупус еритематодес.

Клинична картина: отделните форми имат свои характерни клинични особености, но като цяло заболяването се характеризира със следните симптоми: изразена фоточувствителност, червеникави добре обособени петна, зарастващи с хипер- или хипопигментни периферни зони и атрофичен център и разположени предимно по местата изложени на директна слънчева светлина – скалп, чело, бузи, уши, нос, горна устна, брадичка и др. Понякога е възможно развитие на цикатрициална алопеция. Други срещани кожни изменения са наличие на еритемни папули (пъпки), възелчета по лицето и горните части на тялото, големи петна, често сливащи се по между си. Освен изброените по-горе, към кожните лезии при системния лупус еритематодес спада и пеперудо-подобния обрив по лицето, булозни лезии и промени в нокътното ложе. Засягането на вътрешните органи включва увреда на кръвоносните съдове, артрит, серозит, бъбречни изменения, неврологични, хематологични и имунологични нарушения.

Диагноза: Клиничният подход при поставяне на диагнозата включва: кожна биопсия, директна имунофлуоресценция, параклинични изследвания и прилагане на критериите на ACR за изключване систематизация на процеса.

Лечение: Най-често прилаганите групи медикаменти са антималярии, нестероидни противовъзпалителни средства, кортикостероиди (локални и системни), циклоспорин, метотрексат, фотопротектори и др.

КОЖНИ ВАСКУЛИТИ

Определение: Възпалителни заболявания на венулите в дермата, протичащи с отлагане на имунокомплекси и развитие на фибриноидна некроза.

Клинична картина: основна характеристика на васкулитите (левкоцитоклазичните) е пурпурата, която много често може да бъде опипана (палпирана) т.е. палпируема пурпура. Най-честите места на поява са – краката (100%), ръце (15%), лигавици (15%), ушна мида (10%) и конюнктиви (5%). Кожните изменения най-често са: пурпура (99%), папули (40%), язви (30%), пустули (20%), уртики (10%), подкожни възли (10%), ливедо (<5%) и др.

Диагноза: от изключително значение за поставяне на диагнозата е кожната биопсия. Директната имунофлуоресценция в някои случаи показва отлагания от IgA в съдовата стена.

Лечение: кортикостероиди в средно високи дози, дапсон или колхицин. Локално емолиенти, антибиотици, епителизиращи средства в случай на язви.

ФЕБРИЛНА НЕУТРОФИЛНА ДЕРМАТОЗА [SWEET]

Определение: Остро започващо заболяване, протичащо с температура, левкоцитоза и поява на сочни зачервени плаки по кожата.

Клинична картина: често се среща предшестваща отпадналост и болки в ставите. Плаките са големи 10-15см. в диаметър с неправилна форма, понякога с пустули по повърхността си. Засягане на устата се среща в около 20% от случаите.

Диагноза: поставя се най-вече от клиничната картина, хистологичното изследване и анамнеза за подлежащо туморно заболяване или употреба на медикаменти.

Лечение: умерени дози кортикостероиди 2- 3 седмици. В случаи на рецидив е уместно включването на метотрексат, клофазимин или талидомид.

ЕОЗИНОФИЛЕН ЦЕЛУЛИТ [WELLS]

Определение: Заболяване, характеризиращо се с рецидивиращи подувания на определени участъци от кожата.

Клинична картина: след предхождащ период на чувство за парене и сърбеж, се появяват изменения, започващи със зачервяване и подуване, които в рамките на няколко дни се обособяват като големи добре инфилтрирани плаки с виолетов цвят, по повърхността на които могат да се образуват и були. Измененията персистират от дни до няколко седмици и в последствие избледняват.

Диагноза: на хистологичния препарат се забелязват т.н. "flame figures" – аморфна маса от еозинофилен материал в дермата. Наличието на еозинофили в инфилтратата се потвърждава и от имунофлуоресцентното изследване.

Лечение: локални кортикостероиди, емолиенти

ДЕРМАТОПОЛИМИОЗИТ

Определение: Разнородна група от заболявания, характеризираща се със загуба на мускулна сила в следствие на автоимунен процес и наличие на кожни изменения.

Клинична картина: болка и слабост в мускулите предимно на раменния пояс и таза. Често началните фази на заболяването се свързват с повишена температура и болки в мускулите. Кожни изменения се срещат в 80 -100% и са представени от виолетов оток на клепачите и около очите, папули по интерфалангеалните стави, еритемни петна и плаки по челото, раменете, врата, феномен на Рейно. Като други симптоми могат да се споменат артрит, язви в устата, калцификати, симптоми от страна на белите дробове, сърцето и гастроинтестиналния тракт.

Диагноза: електромиография, ядрено-магнитен резонанс, мускулна биопсия, лабораторни изследвания – ASAT, ALAT, LDH и имунологични показатели.

Лечение: кортикостероиди в различни схеми и режими, метотрексат, циклоспорин, интравенозни имуноглобулини, антималярици, търсене на подлежаща неоплазия.

КП № 97 ЛЕЧЕНИЕ НА СИФИЛИС ПРИ БРЕМЕННИ ЖЕНИ И ПРИ МАЛИГНЕНИ ФОРМИ (НА ВТОРИЧЕН И ТРЕТИЧЕН СИФИЛИС) С КРИСТАЛЕН ПЕНИЦИЛИН

Минимален болничен престой – 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вроден сифилис

A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми

Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст

Ранен вроден сифилис:

- на кожата
- на кожата и лигавиците
- висцерален

Ранен вроден сифилитичен(-на):

- ларингит
- офталмопатия
- остеохондропатия
- фарингит
- пневмония
- ринит

A50.1 Ранен вроден латентен сифилис

Вроден сифилис, без клинична изява, с положителна серологична реакция и отрицателен тест на гръбначно-мозъчната течност до двегодишна възраст

Болест, предизвикана от вируса на човешкия имунодефицит [HIV], проявяваща се като инфекциозни и паразитни болести

Не включва: остър HIV инфекциозен синдром (B23.0)

B20.1 Болест, предизвикана от HIV, с прояви на други бактериални инфекции

Инфекциозни и паразитни болести на майката, класифицирани другаде, но усложняващи бременността, раждането и послеродовия период

Включва: изброените състояния, които усложняват бременността, задълбочават се от бременността или изискват акушерска помощ

При необходимост от идентифициране на конкретното състояние се използва допълнителен код (клас I).

Не включва: асимптоматично носителство на HIV-вирус (Z21)
болест, предизвикана от вируса на човешкия имунодефицит [HIV] (B20—B24)

лабораторно потвърждаване на носителство на HIV-вирус (R75)

акушерски тетанус (A34)

послеродов(-а):

- инфекция (O86.—)
- сепсис (O.85)

медицински грижи за майката поради болест, за която се предполага или със сигурност уврежда плода (O35—O36)

O98.1 Сифилис, усложняващ бременността, раждането или послеродовия период

Състояния, класифицирани в рубрики A50—A53

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1929 Вирусологични изследвания

91913-00 Серологично изследване на кръв за Васерман

91913-02 Серологично изследване за сифилис

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

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

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 една основна диагностична и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура **92191-00/92191-01** 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.

Процедура с код 91913-00, 91913-02 включва минимум две изследвания – за ранен и за късен сифилис.

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести“.

1. 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 кожни и венерически болести или Център по кожно-венерически заболявания по кожни заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II ниво **

*- Съгласно медицински стандарт “Кожни и венерически болести”, разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури II ниво на компетентност.

** - В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договорът задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.

За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

2. 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, на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

- бременни жени с данни за сифилис;
- малигнени форми на сифилис (вроден сифилис), налагащи лечение с кристален пеницилин;
- пациенти с положителни серологични проби за сифилис при HIV - болни.

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

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

2.1. Анамнеза – начало на заболяването, поява на мехури или ерозии, наличие на придружаващи заболявания, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

2.2. Дерматологичен статус – характер и локализация на патологичните промени.

2.3. Общ статус.

2.4. Параклинични показатели - хематологични показатели.

2.6. Серологични изследвания.

2.7. Хистологично изследване – при необходимост.

ЕТИОЛОГИЧНА ТЕРАПИЯ

1. Пеницилини:

Биосинтетични пеницилини.

Пеницилиназо-резистентни или протектирани широкоспектрни пеницилини.

Benzylpenicillin – прилага с в схема 4 пъти по 2 млн. единици и.в. или и.м. Дозировката се прецизира съобразно тежестта на инфекцията.

2. Макролиди, тетрациклини: при пеницилин - алергични пациенти.

3. Други антибиотици – при показания.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се въз основа на:

- серологичните (VDRL – количествен и качествен тест, ELISA, ТРНА) и клиничната картина (за различните стадии).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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 стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:
- овладяване на клиничните прояви (при налични такива);
- завършване на пълен курс на лечение.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)**СИФИЛИС**

Сифилисът е системно хронично заболяване, което се причинява от *Treponema pallidum*, протича в определени стадии и се предава предимно по полов път или друг интимен контакт, а също от болната майка на плода или по време на раждане. Заразяванията без сексуален контакт са редки и могат да настъпят при употреба на замърсени предмети, кръвопреливане и др. Основни причини за разпространение на болестта са промискуитетът, проституцията, миграцията и липсата на страх от болестта поради успешното ѝ лечение. Благодарение на въведените скринингови изследвания броят на децата с вроден сифилис в развитите страни е сведен до минимум, а преливането на зарамена кръв е почти невъзможно.

Не съществува имунитет след преболедуване от сифилис, т.е. след излекуване човек може да се реинфектира.

Сифилисът протича в 3 клинични стадия. От момента на заразяване до появата на първите клинични белези (инкубационен период) минават около 3-4 седмици, средно 26 дни. На мястото на навлизане на бактериите в организма (полови органи, видими лигавици, кожа с нарушена цялост и др.) се образува характерна, неболезнена язва – кръгла, с червено дъно и твърда на допир. Няколко (5-8) дни след това се увеличават регионалните лимфни възли. При нелекувана инфекция след 4-6 месеца настъпва втория период на болестта – увеличение на периферните лимфни възли, обрив по тяло и крайници, засягане на лигавиците, главоболие, загуба на апетит, световъртеж, болки по мускули и крайници, температура под 38 С (главно вечер). Кожните и лигавичните прояви по време на втория период са разнообразни и могат да имитират много други болести. Третият стадий на болестта при нелекувана или недобре лекувана инфекция настъпва 3-10 години след началото на инфекцията и се представя с дискретен кожен обрив, кожни възли, засягане на кости, стави, вътрешни органи – сърце, бял дроб, черен дроб, нервна система и др.

Вроден сифилис. В България е прието всяка боледувала някога от сифилис жена да бъде лекувана по време на следващите си бременности. В зависимост от времето на заразяване на плода се различават и клиничните изяви – колкото инфекцията е по-прясна, толкова по-тежки са уврежданията на плода.

Диагнозата се поставя по наличие на антитела към причинителя в серума на болен. Използват се неспецифични (VDRL, реакция на Wasserman и др.) и специфични реакции. Прието е серологичният скрининг да се провежда с две реакции – VDRL и ТРНА, с което може да се установи както прясна, така и минала, дори лекувана инфекция. Серологичните реакции имат важно значение за установяване на вроденият сифилис и за да не се пропусне такъв случай е задължително изследването на кръв от пъпната връв, взета веднага при раждането. С цел да се избегнат случаите на вроден сифилис, у нас и в повечето развити страни, е прието всички бременни жени да се изследват два пъти по време на бременността – през първите и последните 3 месеца.

Съвременното лечение на сифилиса се провежда с пеницилинови препарати (кристален пеницилин) в болнични условия, като при бременни жени, новородени и болни със засегната нервна система въвеждането на антибиотика е интравенозно.

КП № 98 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРО ПРОТИЧАЩИ ЧРЕВНИ ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ С ДИАРИЧЕН СИНДРОМ

Минимален болничен престой – 3 дни

А. При лица над 18 години

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Тиф и паратиф

- A01.0** **Кореман тиф**
Инфекция, предизвикана от *Salmonella typhi*
- A01.1** **Паратиф А**
- A01.2** **Паратиф В**
- A01.3** **Паратиф С**
- A01.4** **Паратиф, неуточнен**
Инфекция, предизвикана от *Salmonella paratyphi* БДУ

Други салмонелозни инфекции

- Включва:** инфекция (или хранително отравяне), предизвикана от *Salmonella* от всеки серотип, различен от *S. typhi* и *S. paratyphi*
- A02.0** **Салмонелозен ентерит**
Салмонелоза

Шигелоза

- A03.0** **Шигелоза, предизвикана от *Shigella dysenteriae***
Шигелоза група А [дизентерия Shiga-Kruse]
- A03.1** **Шигелоза, предизвикана от *Shigella flexneri***
Шигелоза група В
- A03.2** **Шигелоза, предизвикана от *Shigella boydii***
Шигелоза група С
- A03.3** **Шигелоза, предизвикана от *Shigella sonnei***
Шигелоза група D

Други бактериални чревни инфекции

- Не включва:** бактериални хранителни отравяния (A05.—)
 туберкулозен ентерит (A18.3)
- A04.0** **Ентеропатогенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli***
- A04.1** **Ентеротоксигенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli***
- A04.2** **Ентероинвазивна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli***
- A04.3** **Ентерохеморагична инфекция, предизвикана от *Escherichia coli***
- A04.4** **Други чревни инфекции, предизвикани от *Escherichia coli***
Ентерит, предизвикан от *Escherichia coli* БДУ
- A04.5** **Ентерит, предизвикан от *Campylobacter***
- A04.6** **Ентерит, предизвикан от *Yersinia enterocolitica***
- Не включва:** екстраинтестинална иерсиниоза (A28.2)
- A04.7** **Ентероколит, предизвикан от *Clostridium difficile***
- A04.8** **Други уточнени бактериални чревни инфекции**
- A04.9** **Бактериална чревна инфекция, неуточнена**
Бактериален ентерит БДУ

Други бактериални хранителни отравяния

- Не включва:** инфекция, предизвикана от *Escherichia coli* (A04.0—A04.4)
 листериоза (A32.—)
 салмонелозно хранително отравяне и инфекция (A02.—)
 токсично действие на отровни хранителни продукти (T61—T62)
- A05.0** **Стафилококово хранително отравяне**
- A05.1** **Ботулизъм**

A05.2	Класическо хранително отравяне, предизвикано от <i>Clostridium botulinum</i> Хранително отравяне, предизвикано от <i>Clostridium perfringens</i> [<i>Clostridium welchii</i>] Некротичен ентерит Pig-bel
A05.3	Хранително отравяне, предизвикано от <i>Vibrio parahaemolyticus</i>
A05.4	Хранително отравяне, предизвикано от <i>Bacillus cereus</i>
A05.8	Други уточнени бактериални хранителни отравяния
A05.9	Бактериално хранително отравяне, неуточнено
<u>Вирусни и други уточнени чревни инфекции</u>	
Не включва: грип с включване на стомашно-чревния тракт (J10.8, J11.8)	
A08.0	Ротавирусен ентерит
A08.1	Остра гастроентеропатия, предизвикана от Norwalk вирус Small round structured virus enteritis
A08.2	Аденовирусен ентерит
A08.3	Други вирусни ентерити
A08.4	Вирусна чревна инфекция, неуточнена Вирусен(-на): • ентерит БДУ • гастроентерит БДУ • гастроентеропатия БДУ
<u>Бруцелоза</u>	
Включва: треска: • малтийска • средиземноморска • ундулираща	
A23.0	Бруцелоза, предизвикана от <i>Brucella melitensis</i>
A23.1	Бруцелоза, предизвикана от <i>Brucella abortus</i>
A23.2	Бруцелоза, предизвикана от <i>Brucella suis</i>
A23.3	Бруцелоза, предизвикана от <i>Brucella canis</i>
A23.8	Други форми на бруцелоза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
1926 Микробиологични изследвания	
91937-01	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност
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	
по преценка	

91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1929 Вирусологични изследвания	
91911-19	Други вирусологични изследвания
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-01	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG)
91922-02	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни
91922-03	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен 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 хепатит С вирус Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серио-) типизиране за хроничен хепатит С
91923-10	Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С Изследване за Chlamydia
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-05	Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
1920 Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741]) </p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Приложение на фармакотерапия</p>	
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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 </p>

	[741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум **три основни диагностични процедури**, от които:

1. Едната включва на медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ (91910-04) и
2. Медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1924 „Биохимични изследвания“ (91910-34, 91910-38, 9191041, 13311-00), като 13311-00 и 91910-41 са задължителни само при III степен на дехидратация) и
3. Микробиологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност (91919-05) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ..

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;

- вида на изследването;
 - получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
 - подпис на лекаря, извършил изследването.
- Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни със следните кодове на болести по МКБ-10: A01.0; A01.1; A01.2; A01.3; A01.4; A05.1; A05.2; A23.0; A23.1; A23.2; A23.3 и A23.8. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

1. 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 инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

2. 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. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на областта
3. Микробиологична лаборатория- на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- един лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с чревни инфекциозни заболявания при:

- клинични и параклинични данни за дехидратация II и III степен;
- влошаване на състоянието при проведено амбулаторното лечение или при установен етиологичен причинител;
- клинични и епидемиологични данни за инфекциозна диария при невъзможност за доказване на етиологичния агент;
- хемоколит при установен етиологичен причинител;

- наличие на проблемни хронични заболявания и състояния при установен етиологичен причинител (диабет, ССН, ХБН, кахексия, хронични хепатопатии, хеморагии, неоплазми, колагенози, дебилност, вродени или придобити имунодефицитни състояния).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за фекална проба се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията. Вземане на биологичен материал за всички останали изследвания се извършва до края на болничния престой. Контролни медико-диагностични изследвания се извършват до края на болничния престой.

Клинични критерии за I, II и III степен на дехидратация

При I-ва степен (дефицит на течност до 5% от наличното тегло) общото състояние е незначително увредено, болните имат жажда, устната лигавица е суховата, кожата е с леко намален тургур и еластичност – хоспитализират се само пациенти с тежки придружаващи заболявания

При II-ра степен (дефицит на течности от 5 до 10% от тегло) – кожата е бледа или бледосива, с намален тургур и еластичност. Лицето е с изострени черти, подкръжени очи, фонтанелата е под нивото на черепните кости, езикът е сух, гласът е дрезгав и слаб. Болните са с крампи на прасците, възбудени, неспокойни, но по-често сънливи, унесени, с тахикардия, хипотония, лошо напълнен периферен пулс и олигурия.

При III-та степен (дефицит на течности над 10% от теглото) болните са с фиксиран поглед в прострация или ступор. Кожата е суха, студена и мраморирана с рязко намален тургур и еластичност, корнеите са сухи, гласът – афоничен, пулсът е мек, филиформен, едва доловим, а артериалното налягане е с ниски стойности до невъзможност да бъде измерено. Болните са с хипотермия и анурия - картина на хиповолемичен шок.

Индикации за провеждане на лечение в интензивна структура на инфекциозно отделение/клиника:

- шок;
- остра бъбречна недостатъчност;
- некомпенсирана метаболитна ацидоза при $BE < -10$, $pH < 7.2$;
- температура $36^{\circ}C < t < 39^{\circ}C$;
- серумен натрий - под 120 или над 150 mmol/l;
- серумен калий - под 3 или над 6 mmol/l;
- симптоми от страна на ЦНС;
- чревна пареза или парализа;
- дисеминирана интравазална коагулопатия;
- данни за извънчревна локализация на болестния процес - сепсис, септичен артрит, менингит, мезаденит;
- придружаващи тежки заболявания.

ПРИНЦИПИ ЗА ТЕРАПИЯ НА ОСТРИ ИНФЕКЦИОЗНИ ДИАРИИ

Лечението на пациенти с остри инфекциозни диарии започва веднага след хоспитализацията. Патогенетичната, рехидратираща терапия започва незабавно, а етиологичната – след вземане на материали за микробиологично изследване.

1) Патогенетичната терапия е задължителна, а в много случаи и животоспасяваща. При състояние на хиповолемичен шок е с неотложна спешност.

2) Симптоматична терапия - лекарствени средства, регулиращи равновесието на чревната микрофлора (пробиотици); антидиарийни антисекреторни средства; спазмолитици и антипиретици.

3) Диетична терапия – сухар, обикновени бисквити, солети, ориз, печени ябълки. При овладяване на диарийния синдром преминаване към обичайното хранене.

4) Етиологична терапия.

Оптималната антибиотична терапия е съобразена с антибиограмата на изолирания етиологичен агент. Това изисква технологично време 48-72ч. (изчакване резултатите от копрокултурата и антибиограма на изолата), а и преобладаващата част от бактериалните ентероколити остават етиологично неразшифровани. Ето защо по преценка се започва с емпирична антибактериална терапия.

Началната емпирична терапия се базира на клинично-епидемиологичните данни, презумцията за най-вероятния етиологичен агент, актуалните данни за неговата антибактериална чувствителност и конкретния болен.

Антибактериалната терапия започва след вземане на копрокултура (уро-/хемокултура). Според особеностите на заболяването при конкретния болен може да включва един или повече антибактериални препарати, прилагани перорално, парентерално или комбинирано. Продължителността зависи от клиничното повлияване и най-често е 5-7 дни.

При пациентите с хранителни интоксикации (стафилококови, салмонелни) вирусни гастроентерити, антибиотична терапия не е необходима, освен в случаите описани по-долу.

Антибактериална терапия Кореман тиф и Паратиф А и В

Диагнозата се подозира при висока и продължителна температура (повече от 6-8 дни), увредено общо състояние, замъглено съзнание, хепатоспленомегалия, относителна брадикардия, обрив. При паратиф А има по-често остро начало, често с катар на горни дихателни пътища (КГДП) и диарийен синдром. Паратиф В може да протече като хранителна токсикоинфекция, сепсис или септикопиемия.

Антибактериална терапия.

Продължителност на антибактериалната терапия - 10-14 дни (6 дни след нормализиране на температурата).

Антибактериална терапия при салмонелен гастроентерит

Диагнозата се подозира при анамнестични данни за консумация на яйца, риба, месни пастети, месни и по-рядко млечни хранителни продукти, остро начало на заболяването с токсикоинфекциозен синдром (ТИС) и обилни течни зелени изпражнения с примеси от слуз и по-рядко кръв.

Антибиотично лечение при стомашно-чревните форми по принцип **не се прилага, освен при:**

- старческа възраст и имунокомпрометирани;
- пациенти с тежко клинично протичане на заболяването;
- пациенти с предполагаема генерализация на процеса;
- болни с тежки придружаващи заболявания.

При започване на антибактериална терапия, след преценка на нейната необходимост при възрастни се прилагат хинолони, аминогликозиди, TSM или цефалоспоринови II генерация.

Антибактериалната терапия е задължителна при генерализираните и висцералните клинични форми, където се прилагат цефалоспоринови III генерация и други стратегически антибиотици. При най-тежките клинични варианти или обременен преморбиден фон те могат да бъдат антибиотици на първи избор.

Продължителност на антибиотичния курс – според клиничното повлияване.

Антибактериална терапия при шигелоза

Диагнозата се подозира при наличие на колитен, хемоколитен и токсикоинфекциозен синдром.

Шигелите са много неустойчиви на външни условия, загиват бързо в депонирани изпражнения, в консервант на Тиге остават жизнеспособни 10-15 часа. За да се избегнат фалшиво отрицателните копрокултури при пациенти с шигелоза, фекалната проба се взема веднага след дефекация или от ректума на пациента и се транспортира спешно до съответната микробиологична лаборатория.

Антибактериална терапия: използват се перорални химиотерапевтици.

Антибактериална терапия при колиентерити

Колиентеритите са заболявания, които се срещат предимно при кърмачета (недоносени, хипотрофични, новородени). Рядко боледуват по-големи деца и възрастни. Заболяването най-често се предизвиква от ентеро-патогенни *E. coli*.

Ентеротоксигенните E. coli предизвикват холероподобна диария при деца и възрастни (диария на пътуващите).

Ентероинвазивните E. coli предизвикват заболявания, клинично неразличими от шигелоза.

Ентерохеморагичните E. coli предизвикват спорадични и епидемични хемоколити, хеморагичнонекротичен колит и хемолитикоуремичен синдром.

Могат да се развият генерализирани форми (сепсис, септикопиемия, менингити, менингоенцефалити) и екстраинтестинални възпалителни процеси.

Етиологичното лечение е съобразено с антибиограмата на izolата и клиничната форма. Използват се същите антибиотици и химиотерапевтици, посочени при салмонелози и шигелози в съответните възрасти.

Антибактериално лечение при кампилобактериоза

Диагнозата се предполага при данни за консумация на сурово мляко или месо с недостатъчна термична обработка или контакт с животни (особено ако те са с диария), съчетани с ТИС и ентероколит. Диарийният синдром е представен с многократни изхождания на течни зелени изпражнения, с примеси от слуз, слуз и кръв, а понякога и гной.

Антибактериална терапия:

Средство на избор при възрастни са макролидите.

Алтернативни препарати са флуорохинолони и тетрациклини (при лица над 7 години).

Антибактериално лечение при йерсиниози

Диагнозата се подозира при данни за контакт с кучета, свине, консумация на непастеризирани млека, месни храни без достатъчна термична обработка и клиничната картина на ентерит и екзантем. Заболяването протича с разнообразни органни поражения – мезентериален лимфаденит, артрити, абсцеси, холецистит, менингит. Обичайна е хепато- и спленомегалията. Често по кожата се проявява обрив (точковиден, макулопапулозен, хеморагичен), предимно около ставите.

Етиологичното лечение се провежда с: тетрациклини, аминоглюкозиди и макролиди.

Алтернативни антибиотици: цефалоспорици II и III генерация, флуорохинолони и TMS.

Псевдомембранозен (*Clostridium difficile*) колит

Заболяването протича с ТИС, диария, левкоцитоза и хипоалбуминемия. *C. difficile* може да колонизира стомашночревния тракт само, ако ендогенната чревна флора е увредена. Най-често причина за чревна дисбактериоза са: антибиотично лечение (Ampicillin и други пеницилинови деривати, линкозамини, цефалоспорици III генерация, по-рядко аминогликозиди, макролиди, хинолони, котримоксазол), антинеопластични средства, други чревни патогени, обширни чревни операции, уремия.

Диагнозата се подозира при пациенти с диария и антибиотична терапия в момента или в предходните 30 дни, особено ако е ползвана комбинация от широкоспектрни антибиотици независимо от начина на приложение.

Етиологично лечение. Изключително важно е възстановяването на нормалната чревна флора.

Вирусни гастроентерити

Диагнозата се подозира при взрив от гастроентерити (с бактериологично отрицателни резултати), придружени от КГДП.

Етиологично лечение няма. Основна е патогенетичната терапия и диетичен режим (без лактозни млека).

Стафилококово хранително отравяне

Диагнозата се подозира при остър гастрит или гастроентерит (в 50%), с подчертана склонност към колапс при субфебрилитет. Настъпва най-често след консумиране на храни, богати на захар, сол и белтъци.

Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от *Bacillus cereus*

Възниква най-често след консумация на студен ориз в китайските ресторанти. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от *Clostridium perfringens*

Протича с картината на остър ентерит, хеморагично-некротичен ентерит с много силни коремни болки и нерядко шоково състояние.

Етиологично лечение: средство на избор Penicillin.

Алтернативни препарати – химиотерапевтици.

Ботулизъм

Епидемиология – консумация на консервирани храни и продукти. Офталмо-плегичен синдром, булбарна симптоматика, диарийен синдром и др.

Серотерапия и профилактични мерки

- пълна и точна анамнеза за реактивността на пациента спрямо серуми и алергични прояви;

- проверка за поносимост към конкретния серум, който ще се прилага;

- 0,1 мл серум разреден в 100 мл физиологичен разтвор - интрадермално инжектиране; след 30 мин се отчита реакция.

При липса на реакция:

Серумът се инжектира на няколко пъти - 0,5мл, след 30 мин - 1,0 мл, след 30 мин - 2,5 мл, след това цялото дозирано количество.

При наличие на реакция:

Провежда се метода на десенсибилизация по **метода на Безредка**.

Хранителни токсикоинфекции предизвикани от *Aerobacter aerogenes*, *Proteus*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Vibrio vulnificans*

Трудно се диференцират по клинични данни. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Антибактериална терапия при Бруцелоза

При епидемиологични данни за контакт с животни. Наблюдава се продължително неясно фебрилно състояние, хепатоспленомегалия, нормоцитоза и ускорено СУЕ.

- тетрациклини;

- хинолони.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клинично-епидемиологична, микробиологична, вирусологична и серологична диагностика.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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:

Индикации за дехоспитализация при хранителни интоксикации и вирусни гастроентерити:

- овладян диаричен синдром;
- трайна липса на фебрилитет (поне 2 дни);
- положителна динамика в клинично-лабораторни показатели;
- наличие на обективни данни за клинично подобрене;
- след документирано взет биологичен материал.

При остра инфекциозна диария с бактериален причинител, пациентът се дехоспитализира клинично здрав и след назначаване на необходимите контролни микробиологични изследвания, съгласно инструкциите на МЗ за борба със заразните болести. Случаят може да се отчете и преди получаване на резултатите.

Резултатите от контролните бактериологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

При наличие на активен диаричен синдром с дехидратация II-III степен и различен етиологичен причинител: салмонела, шигела, кампилобактер, клостридиум, когато той може да бъде установен, се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 1% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

КП № 98 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРО ПРОТИЧАЩИ ЧРЕВНИ ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ С ДИАРИЧЕН СИНДРОМ

Минимален болничен престой – 3 дни
Минимален болничен престой при шок – 2 дни

Б. При лица под 18 години

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Тиф и паратиф

- A01.0** Коремен тиф
Инфекция, предизвикана от *Salmonella typhi*
- A01.1** Паратиф А
- A01.2** Паратиф В
- A01.3** Паратиф С
- A01.4** Паратиф, неуточнен
Инфекция, предизвикана от *Salmonella paratyphi* БДУ

Други салмонелозни инфекции

- Включва:** инфекция (или хранително отравяне), предизвикана от *Salmonella* от всеки серотип, различен от *S. typhi* и *S. paratyphi*
- A02.0** Салмонелозен ентерит
Салмонелоза

Шигелоза

- A03.0** Шигелоза, предизвикана от *Shigella dysenteriae*
Шигелоза група А [дизентерия Shiga-Kruse]
- A03.1** Шигелоза, предизвикана от *Shigella flexneri*
Шигелоза група В
- A03.2** Шигелоза, предизвикана от *Shigella boydii*
Шигелоза група С
- A03.3** Шигелоза, предизвикана от *Shigella sonnei*
Шигелоза група D

Други бактериални чревни инфекции

- Не включва:** бактериални хранителни отравяния (A05.—)
туберкулозен ентерит (A18.3)
- A04.0** Ентеропатогенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.1** Ентеротоксигенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.2** Ентероинвазивна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.3** Ентерохеморагична инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
- A04.4** Други чревни инфекции, предизвикани от *Escherichia coli*
Ентерит, предизвикан от *Escherichia coli* БДУ
- A04.5** Ентерит, предизвикан от *Campylobacter*
- A04.6** Ентерит, предизвикан от *Yersinia enterocolitica*
Не включва: екстраинтестинална иерсиниоза (A28.2)
- A04.7** Ентероколит, предизвикан от *Clostridium difficile*
- A04.8** Други уточнени бактериални чревни инфекции
- A04.9** Бактериална чревна инфекция, неуточнена
Бактериален ентерит БДУ

Други бактериални хранителни отравяния

- Не включва:** инфекция, предизвикана от *Escherichia coli* (A04.0—A04.4)
листериоза (A32.—)
салмонелозно хранително отравяне и инфекция (A02.—)
токсично действие на отровни хранителни продукти (T61—T62)
- A05.0** Стафилококово хранително отравяне

A05.1	Ботулизъм Класическо хранително отравяне, предизвикано от <i>Clostridium botulinum</i>
A05.2	Хранително отравяне, предизвикано от <i>Clostridium perfringens</i> [<i>Clostridium welchii</i>] Некротичен ентерит Pig-bel
A05.3	Хранително отравяне, предизвикано от <i>Vibrio parahaemolyticus</i>
A05.4	Хранително отравяне, предизвикано от <i>Bacillus cereus</i>
A05.8	Други уточнени бактериални хранителни отравяния
A05.9	Бактериално хранително отравяне, неуточнено
<u>Вирусни и други уточнени чревни инфекции</u>	
Не включва: грип с включване на стомашно-чревния тракт (J10.8, J11.8)	
A08.0	Ротавирусен ентерит
A08.1	Остра гастроентеропатия, предизвикана от Norwalk вирус Small round structured virus enteritis
A08.2	Аденовирусен ентерит
A08.3	Други вирусни ентерити
A08.4	Вирусна чревна инфекция, неуточнена Вирусен(-на): • ентерит БДУ • гастроентерит БДУ • гастроентеропатия БДУ
<u>Бруцелоза</u>	
Включва: треска: • малтийска • средиземноморска • ундулираща	
A23.0	Бруцелоза, предизвикана от <i>Brucella melitensis</i>
A23.1	Бруцелоза, предизвикана от <i>Brucella abortus</i>
A23.2	Бруцелоза, предизвикана от <i>Brucella suis</i>
A23.3	Бруцелоза, предизвикана от <i>Brucella canis</i>
A23.8	Други форми на бруцелоза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на рН на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина
91920-17	Изследване за нитрити в урината
1926 Микробиологични изследвания	
91937-01	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност
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	
по преценка	
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-38	Клинично-химични изследвания за хлориди
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1929 Вирусологични изследвания	
91911-19	Други вирусологични изследвания
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-01	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG)
91922-02	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни
91922-03	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен 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 хепатит С вирус
Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С	
Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С	
91923-10	Изследване за Chlamydia
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-05	Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:	
<ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam 	
1920 Приложение на фармакотерапия	
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект	
Не включва: прилагане на:	
<ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) 	
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])	
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци	
Прилагане на фармакологичен агент чрез:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури, от които:

1. Едната включва на медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ (91910-04) и
2. Медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1924 „Биохимични изследвания“ (91910-34, 91910-38, 91910-41, 13311-00), като 13311-00 и 91910-41 са задължителни само при III степен на дехидратация) и
3. Микробирлогично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност (91919-05) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

За деца до 5 годишна възраст клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури, като задължителни са кодовете, посочени в блок 1923 (91910-04) и блок 1924 (91910-34, 91910-38, 91910-41, 13311-00), като 13311-00 и 91910-41 се изследват задължително при III степен на дехидратация); Микробиологично изследване (91919-05) и Вирусологично изследване (91911-19) (за ротавируси) и една основна терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури**.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

При отчитане на клиничната пътека с кодове от блок 1923 и блок 1924 е задължително отчитането на код 91910-04; останалите процедури се извършват и отчитат по преценка.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират кодове от блока, като всички кодове на изследвания се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни със следните кодове на болести по МКБ-10: A01.0; A01.1; A01.2; A01.3; A01.4; A05.1; A05.2; A23.0; A23.1; A23.2; A23.3 и A23.8. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 инфекциозни болести или Болница разполагаща с инфекциозна клиника/отделение. Болните могат да бъдат хоспитализирани в клиника/отделение по детски болести с разкрит сектор за изолация на инфекциозно болни (със самостоятелен санитарен възел), когато в населеното място няма разкрит инфекциозна клиника или отделение. или Неонатологична клиника/отделение - за новородени до 28-ия ден след раждането
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

2. 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. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на областта
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести

или

лекар със специалност по детски болести, при задължително документирана консултация от специалист по инфекциозни болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

Блок 2. Необходими специалисти за възрастта до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар със специалност по неонатология при задължително документирана консултация от специалист по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с чревни инфекциозни заболявания при:

- клинични и параклинични данни за дехидратация II и III степен;
- влошаване на състоянието при проведено амбулаторното лечение или при установен етиологичен причинител;
- клинични и епидемиологични данни за инфекциозна диария при невъзможност за доказване на етиологичния агент;
- хемоколит при установен етиологичен причинител;
- наличие на проблемни хронични заболявания и състояния при установен етиологичен причинител (диабет, ССН, ХБН, кахексия, хронични хепатопatii, хеморагии, неоплазми, колагенози, дебилност, вродени или придобити имунодефицитни състояния).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за фекална проба се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията. Вземане на биологичен материал за всички останали изследвания се извършва до края на болничния престой. Контролни медико-диагностични изследвания се извършват до края на болничния престой.

Клинични критерии за I, II и III степен на дехидратация

При I-ва степен (дефицит на течност до 5% от наличното тегло) общото състояние е незначително увредено, болните имат жажда, устната лигавица е суховата, кожата е с леко намален тургур и еластичност – хоспитализират се само пациенти с тежки придружаващи заболявания

При II-ра степен (дефицит на течности от 5 до 10% от тегло) – кожата е бледа или бледосива, с намален тургур и еластичност. Лицето е с изострени черти, подкръжени очи, фонтанелата е под нивото на черепните кости, езикът е сух, гласът е дрезгав и слаб. Болните са с крампи на прасците, възбудени, неспокойни, но по-често сънливи, унесени, с тахикардия, хипотония, лошо напълнен периферен пулс и олигурия.

При III-та степен (дефицит на течности над 10% от теглото) болните са с фиксиран поглед в прострация или супор. Кожата е суха, студена и мраморирана с рязко намален тургур и еластичност, корнеите са сухи, гласът – афоничен, пулсът е мек, филиформен, едва доловим, а артериалното налягане е с ниски стойности до невъзможност да бъде измерено. Болните са с хипотермия и анурия - картина на хиповолемичен шок.

Индикации за провеждане на лечение в интензивна структура на инфекциозно отделение/клиника:

- шок;
- остра бъбречна недостатъчност;
- некомпенсирана метаболитна ацидоза при $BE < -10$, $pH < 7.2$;
- температура $36^{\circ}C < t < 39^{\circ}C$;
- серумен натрий - под 120 или над 150 mmol/l;
- серумен калий - под 3 или над 6 mmol/l;
- симптоми от страна на ЦНС;
- чревна пареза или парализа;
- дисеминирана интравазална коагулопатия;
- данни за извънчревна локализация на болестния процес - сепсис, септичен артрит, менингит, мезаденит;
- придружаващи тежки заболявания.

ПРИНЦИПИ ЗА ТЕРАПИЯ НА ОСТРИ ИНФЕКЦИОЗНИ ДИАРИИ

Лечението на пациенти с остри инфекциозни диарии започва веднага след хоспитализацията. Патогенетичната, рехидратираща терапия започва незабавно, а етиологичната – след вземане на материали за микробиологично изследване.

1) Патогенетичната терапия е задължителна, а в много случаи и животоспасяваща. При състояние на хиповолемичен шок е с неотложна спешност.

2) Симптоматична терапия - лекарствени средства, регулиращи равновесието на чревната микрофлора (пробиотици); антидиарийни антисекреторни средства; спазмолитици и антипиретици.

3) Диетична терапия - при кърмачета на естествено хранене - запазва се същото. При деца на изкуствено хранене се въвеждат диетични храни за специални медицински цели. При по-големи деца – преминаване към обичайното хранене за възрастта.

4) Етиологична терапия

Оптималната антибиотична терапия е съобразена с антибиограмата на изолирания етиологичен агент. Това изисква технологично време 48-72ч. (изчакване резултатите от копрокултурата и антибиограма на изолата), а и преобладаващата част от бактериалните ентероколити остават етиологично неразшифровани. Ето защо по преценка се започва с емпирична антибактериална терапия.

Началната емпирична терапия се базира на клинично-епидемиологичните данни, презумцията за най-вероятния етиологичен агент, актуалните данни за неговата антибактериална чувствителност и конкретния болен.

Антибактериалната терапия започва след вземане на копрокултура (уро-/хемокултура). Според особеностите на заболяването при конкретния болен може да включва един или повече антибактериални препарати, прилагани перорално, парентерално или комбинирано. Продължителността зависи от клиничното повлияване и най-често е 5-7 дни.

При пациентите с хранителни интоксикации (стафилококови, салмонелни) вирусни гастроентерити, антибиотичната терапия не е необходима, освен в случаите описани по-долу.

Антибактериална терапия Кореман тиф и Паратиф А и В

Диагнозата се подозира при висока и продължителна температура (повече от 6-8 дни), увредено общо състояние, замъглено съзнание, хепатоспленомегалия, относителна брадикардия, обрив. При паратиф А има по-често остро начало, често с катар на горни дихателни пътища (КГДП) и диаричен синдром. Паратиф В може да протече като хранителна токсикоинфекция, сепсис или септикопиемия.

Антибактериална терапия:

Продължителност на антибактериалната терапия - 10-14 дни (6 дни след нормализиране на температурата).

Антибактериална терапия при салмонелен гастроентерит

Диагнозата се подозира при анамнестични данни за консумация на яйца, риба, месни пастети, месни и по-рядко млечни хранителни продукти, остро начало на заболяването с токсикоинфекциозен синдром (ТИС) и обилни течни зелени изпражнения с примеси от слуз и по-рядко кръв.

Антибиотично лечение при стомашно-чревните форми по принцип **не се прилага, освен при:**

- имунокомпрометирани пациенти;
- пациенти с тежко клинично протичане на заболяването;
- пациенти с предполагаема генерализация на процеса;
- болни с тежки придружаващи заболявания.

При започване на антибактериална терапия, след преценка на нейната необходимост при възрастни се прилагат хинолони, аминогликозиди, TSM или цефалоспорици II генерация.

Антибактериалната терапия е задължителна при генерализираните и висцералните клинични форми, където се прилагат цефалоспорици III генерация и други стратегически антибиотици. При най-тежките клинични варианти или обременен преморбиден фон те могат да бъдат антибиотици на първи избор.

Продължителност на антибиотичния курс – според клиничното повлияване.

Антибактериална терапия при шигелоза

Диагнозата се подозира при наличие на колитен, хекоколитен и токсикоинфекциозен синдром.

Шигелите са много неустойчиви на външни условия, загиват бързо в депонирани изпражнения, в консервант на Тиге остават жизнеспособни 10-15 часа. За да се избегнат фалшиво отрицателните копрокултури при пациенти с шигелоза, фекалната проба се взема веднага след дефекация или от ректума на пациента и се транспортира спешно до съответната микробиологична лаборатория.

Антибактериалната терапия: използват се перорални химиотерапевтици.

Антибактериална терапия при колиентерити

Колиентеритите са заболявания, които се срещат предимно при кърмачета (недоносени, хипотрофични, новородени). Рядко боледуват по-големи деца и възрастни. Заболяването най-често се предизвиква от ентеро-патогенни E Coli.

Ентеротоксигенните E.coli предизвикват холероподобна диария при деца и възрастни (диария на пътуващите).

Ентероинвазивните E.coli предизвикват заболявания, клинично неразличими от шигелоза.

Ентерохеморагичните E.coli предизвикват спорадични и епидемични хекоколити, хеморагичнонекротичен колит и хемолитикоуремичен синдром.

Могат да се развият генерализирани форми (сепсис, септикопиемия, менингити, менингоенцефалити) и екстраинтестинални възпалителни процеси.

Етиологичното лечение е съобразено с антибиограмата на izolата и клиничната форма.

Използват се същите антибиотици и химиотерапевтици, посочени при салмонелози и шигелози в съответните възрасти.

Антибактериално лечение при кампилобактериоза

Диагнозата се предполага при данни за консумация на сурово мляко или месо с недостатъчна термична обработка или контакт с животни (особено ако те са с диария), съчетани с ТИС и ентероколит. Диарийният синдром е представен с многократни изхождания на течни зелени изпражнения, с примеси от слуз, слуз и кръв, а понякога и гной.

Антибактериална терапия:

Средство на избор при възрастни са макролидите.

Алтернативни препарати са флуорохинолони и тетрациклини (при лица над 7 години).

Антибактериално лечение при йерсиниози

Диагнозата се подозира при данни за контакт с кучета, свине, консумация на непастеризирани млека, месни храни без достатъчна термична обработка и клиничната картина на ентерит и екзантем. Заболяването протича с разнообразни органични поражения – мезентериален лимфаденит, артрити, абсцеси, холецистит, менингит. Обичайна е хепато- и спленомегалията. Често по кожата се проявява обрив (точковиден, макулопапулозен, хеморагичен), предимно около ставите.

Етиологичното лечение се провежда с: тетрациклини, аминогликозиди и макролиди.

Алтернативни антибиотици: цефалоспорици II и III генерация, флуорохинолони и TMS.

Псевдомембранозен (*Clostridium difficile*) колит

Заболяването протича с ТИС, диария, левкоцитоза и хипоалбуминемия. *C.difficile* може да колонизира стомашночревния тракт само, ако ендогенната чревна флора е увредена. Най-често причина за чревна дисбактериоза са: антибиотично лечение (полусинтетични и други пеницилинови деривати, линкозамини, цефалоспорици III генерация, по-рядко аминогликозиди, макролиди, хинолони, котримоксазол), антинеопластични средства, други чревни патогени, обширни чревни операции, уремия.

Диагнозата се подозира при пациенти с диария и антибиотична терапия в момента или в предходните 30 дни, особено ако е ползвана комбинация от широкоспектърни антибиотици независимо от начина на приложение.

Етиологично лечение. Изключително важно е възстановяване на нормалната чревна флора.

Вирусни гастроентерити

Диагнозата се подозира при взрив от гастроентерити (с бактериологично отрицателни резултати), придружени от КГДП.

Етиологично лечение няма. Основна е патогенетичната терапия и диетичен режим (без лактозни млека).

Стафилококово хранително отравяне

Диагнозата се подозира при остър гастрит или гастроентерит (в 50%), с подчертана склонност към колапс при субфебрилитет. Настъпва най-често след консумиране на храни, богати на захар, сол и белтъци.

Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от *Bacillus cereus*

Възниква най-често след консумация на студен ориз в китайските ресторанти. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от *Clostridium perfringens*

Протича с картината на остър ентерит, хеморагично-некротичен ентерит с много силни коремни болки и рядко шоково състояние.

Етиологично лечение: средство на избор Penicillin.

Алтернативни препарати - химиотерапевтици.

Ботулизъм

Епидемиология – консумация на консервирани храни и продукти. Офталмо-плегичен синдром, булбарна симптоматика, диаричен синдром и др.

Серотерапия и профилактични мерки

- пълна и точна анамнеза за реактивността на пациента спрямо серуми и алергични прояви;

- проверка за поносимост към конкретния серум, който ще се прилага;

- 0,1 мл серум разреден в 100 мл физиологичен разтвор - интрадермално инжектиране; след 30 мин се отчита реакция.

При липса на реакция:

Серумът се инжектира на няколко пъти - 0,5мл, след 30 мин - 1,0 мл, след 30 мин - 2,5 мл, след това цялото дозирано количество.

При наличие на реакция:

Провежда се метода на десенсибилизация по **метода на Безредка**.

Хранителни токсикоинфекции предизвикани от *Aerobacter aerogenes*, *Proteus*, *Vibrio parahaemolyticus*, *Vibrio vulnificans*

Трудно се диференцират по клинични данни. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Антибактериална терапия при Бруцелоза

При епидемиологични данни за контакт с животни. Наблюдава се продължително неясно фебрилно състояние, хепатоспленомегалия, нормоцитоза и ускорено СУЕ.

- тетрациклини;

- хинолони.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клиничко-епидемиологична, микробиологична, вирусологична и серологична диагностика.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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:

Индикации за дехоспитализация при хранителни интоксикации и вирусни гастроентерити:

- овладян диаричен синдром;
- трайна липса на фебрилитет (поне 2 дни);
- положителна динамика в клиничко-лабораторни показатели;
- наличие на обективни данни за клинично подобрене;
- след документирано взет биологичен материал.

При остра инфекциозна диария с бактериален причинител, пациентът се дехоспитализира клинично здрав и след назначаване на необходимите контролни микробиологични изследвания, съгласно инструкциите на МЗ за борба със заразните болести. Случаят може да се отчете и преди получаване на резултатите.

Резултатите от контролните бактериологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

При наличие на активен диаричен синдром с дехидратация II-III степен и различен етиологичен причинител: салмонела, шигела, кампилобактер, клостридиум, когато той може да бъде установен, се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 1% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

От Вашия личен лекар и проведената консултация със специалист вече Ви е известно, че имате остро, най-вероятно инфекциозно възпаление на стомашно-чревния тракт.

Тези заболявания могат да бъдат предизвикани от бактерии, вируси и паразити. Възникват най-често след консумация на инфектирана храна, при контакт с болни хора или животни, или клинично здрави носители.

При острите инфекциозни диарии организмът губи големи количества течности и соли с повръщане, диария и от високата температура. Това смущава функционирането на бъбреците, сърцето, кръвоносните съдове и нервната система. Възможно е бързата и тежката загуба на течности и соли да доведе до шок и фатален изход, ако не се предприеме спешно лечение. Освен това, Вие можете да заразите други лица. Ето защо настаняването Ви в специализирано инфекциозно отделение е **абсолютно наложително**. В отделението ще се провежда необходимото лечение за Вашето заболяване.

За пълнота, моля, прочетете процедурите, които ще бъдат извършени във Ваш интерес.

Ще Ви се направят необходимите кръвни, микробиологични или вирусологични изследвания.

Лечението ще включва венозни вливания на медикаменти и стриктно спазване на диета.

Екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой в отделението. Във всеки момент може да се откажете от болничното лечение, но това може да има фатални последици. Необходимо е да изразите писмено желанието си да напуснете отделението и с това освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето здраве.

Вашите близки могат да посещават клиниката в посочените за това дни и часове и да получат подробна информация за Вашето състояние.

КП № 99 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗНИ И ПАРАЗИТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, ПРЕДАВАНИ ЧРЕЗ УХАПВАНЕ ОТ ЧЛЕНЕСТОНОГИ

Минимален болничен престой - 5 дни

А. При лица над 18 години

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Туларемия

Включва: треска на еленовата муха
инфекция, предизвикана от *Francisella tularensis*
заешка треска

A21.0 Улцеро-жлезна туларемия

A21.1 Очно-жлезна туларемия

Очна туларемия

A21.2 Белодробна туларемия

A21.3 Гастроинтестинална туларемия

Абдоминална туларемия

A21.7 Генерализирана туларемия

A21.8 Други форми на туларемия

Лептоспироза

A27.0 Лептоспироза иктеро-хеморагична

Лептоспироза, предизвикана от *Leptospira interrogans*, серовар icterohaemorrhagiae

A27.8 Други форми на лептоспироза

Други инфекции, предизвикани от спирохети

A69.2 Лаймска болест

Хроничен мигриращ еритем, предизвикан от *Borrelia burgdorferi*

Петнист тиф

Не включва: рикетсиоза, предизвикана от *Ehrlichia sennetsu* (A79.8)

A75.0 Епидемичен въшков петнист тиф, предизвикан от *Rickettsia prowazekii*

Класически тиф (треска)

Епидемичен (въшков) тиф

A75.1 Рецидивиращ тиф [болест на Brill]

Болест на Brill-Zinsser

A75.2 Тиф, предизвикан от *Rickettsia typhi*

Плъхов (епидемичен бълхов) тиф

A75.9 Петнист тиф, неуточнен

Тиф (треска) БДУ

Петниста треска [кърлежови рикетсиози]

A77.0 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia rickettsii*

Петниста треска на Скалистите планини

Треска Sao Paulo

A77.1 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia conorii*

Африкански кърлежов тиф

Пароксизмална треска

Индийски кърлежов тиф

Кенийски кърлежов тиф

- Марсилска треска
Средиземноморска кърлежова треска
- A77.2 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia siberica***
Северноазиатска кърлежова треска
Сибирски кърлежов тиф
- A77.3 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia australis***
Куинслендски кърлежов тиф
- A77.8 Други петнисти трески**
- A77.9 Петниста треска, неуточнена**
Кърлежов тиф БДУ
- A78 Ку-треска**
Инфекция, предизвикана от *Coxiella burnetti*
Треска на "деветата миля"
Квадрилатерална треска

Други рикетсиози

- A79.0 Окопна треска**
Петдневна пароксизмална треска
Волинска треска
- A79.1 Вариолоподобна рикетсиоза, предизвикана от *Rickettsia akari***
Kew Garden треска
Везикулозна рикетсиоза
- A79.8 Други уточнени рикетсиози**
Рикетсиоза, предизвикана от *Ehrlichia sennetsu*
- A79.9 Рикетсиоза, неуточнена**
Инфекция, предизвикана от рикетсии БДУ
- A94 Вирусна треска, предавана от членестоноги, неуточнена**
Арбовирусна треска БДУ
Арбовирусна инфекция БДУ

Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*

- Включва:** смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium falciparum* и други видове маларийни плазмодии
- B50.0 Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum* с церебрални усложнения**
Церебрална малария БДУ
- B50.8 Други форми на тежко протичаща или усложнена малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum***
Тежко протичаща или усложнена малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*, БДУ
- B50.9 Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*, неуточнена**

Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax*

- Включва:** смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium vivax* и всеки друг вид плазмодий, с изключение на *Plasmodium falciparum*
- Не включва:** инфекции, смесени с *Plasmodium falciparum* (B50.—)
- B51.0 Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* с руптура на слезката**
- B51.8 Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* с други усложнения**
- B51.9 Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* без усложнения**
Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax*, БДУ

Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae*

- Включва:** смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium malariae* и всеки друг вид плазмодий, освен *Plasmodium falciparum* и *Plasmodium vivax*
- Не включва:** случаи на смесена инвазия с *Plasmodium*:

- *falciparum* (B50.—)
- *vivax* (B51.—)

- B52.0** Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* с нефропатия
B52.8 Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* с други усложнения
B52.9 Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* без усложнения
 Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae*, БДУ

Други видове паразитологично потвърдена малария

- B53.0** Малария, предизвикана от *Plasmodium ovale*
Не включва: смесени случаи с *Plasmodium*:
 - *falciparum* (B50.—)
 - *malariae* (B52.—)
 - *vivax* (B51.—)

B54 Малария, неуточнена

Клинично диагностицирана малария без паразитологично потвърждаване

Лайшманиоза

- B55.0** Висцерална лайшманиоза
 Кала-азар
 Пост-кала-азарна кожна лайшманиоза
B55.1 Кожна лайшманиоза
B55.2 Кожно-лигавична лайшманиоза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1974 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])

1988 Друга рентгенография

90909-00 Рентгенография на друго място

1942 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

1943 Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1853 Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]	
11709-00	Амбулаторен непрекъснат холтер електрокардиографски запис <i>Включва:</i> с използване на система, способна на сравняване и пълно откриване на запис
1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1926 Микробиологични изследвания	
92182-08	Микробиологично изследване на проба от нервната система и/или ликвор с микроскопски препарат и детекция на антиген
92182-01	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
92182-02	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
91937-07	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв с микроскопски препарат
91937-00	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1925 Паразитологични изследвания	
91937-03	Микроскопско изследване на кръв за паразитология <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
91907-03	Микроскопско изследване на проба от далак и/или костен мозък за паразитология
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология
1929 Вирусологични изследвания	
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-01	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG)
91922-02	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни
91922-03	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен 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 хепатит С вирус Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С
91923-10	Изследване за Chlamydia
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	
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
1826 Невромускулна електродиагностика	
ЕМГ [електромиография]:	

11012-00	<ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невромускулна проводимост Електромиография (ЕМГ) <i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])</p>
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	<p>Приложение на опаковани клетки</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки
13706-03	<p>Приложение на тромбоцити</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92061-00	<p>Приложение на кръвосъсирващи фактори</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	<p>Приложение на друг серум</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	<p>Приложение на кръвен експандер</p> <p>Разреждане на кръвта</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители • Dextran • Rheomacrodex
92064-00	<p>Приложение на друг кръвен продукт</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити
13706-05	<p>Приложение на човешки имуноглобулин</p> <p>Инжектиране или трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
1920 Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, 	

- по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

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, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

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, противоиноктиозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва: едната е с код от посочените в блок 1929 „Вирусологични изследвания“ (91922-00, 91922-01, 91922-02, 91922-03, 91922-04, 91922-05, 91922-06, 91923-10) (с изключение на случаите с Малария) , ПКК (91910-04), биохимия по преценка (91910-33, 91910-34) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

При отчитане на клиничната пътека с кодовете от блок 1923 и блок 1924 е задължително отчитането на код 91910-04; останалите процедури от блок 1924 се извършват и отчитат по преценка.

С код 96197-02 се отчита прилагането на антипаразитни медикаменти.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

1. 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 инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

2. 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. Паразитологична лаборатория
2. ОАИЛ/КАИЛ
3. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
4. Клинична патология – на територията на населеното място
5. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- един лекар със специалност по инфекциозни болести
или

един лекар със специалност по паразитология (за Малария и Лайшманиоза)
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

В случаите на Малария и Лайшманиоза е задължителна консултация с лекар със специалност по медицинска паразитология когато в инфекциозната сгруктура липсва такъв.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с данни за туларемия при:

1. лимфонулит - лимфни възли с големина до ябълка, мекоеластични, неболезнени, подвижни, несрастнали; характерно е продължително протичане, често в съчетание с кожни изменения (кожно бубонна форма) или едностранен тонзилит с налепи (ангинозно-бубонна форма);

2. прояви на пневмония, картина на "остър хирургичен корем", сепсис или тиф;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Ку треска при:

1. епидемиологична анамнеза - контакт с животни, особено при грижи по време на раждане или пиене на непреварено мляко; неясно фебрилно състояние, кашлица, болки в гръдната област;

2. пневмония;

3. болки и тежест в черния дроб, иктер, безапетитие, гадене, повръщане, астеничен синдром, повишени трансаминази, епидемиологични данни;

4. неясен фебрилитет, болка в сърдечната област, обща слабост, нарушения в сърдечния ритъм, епидемиологични данни.

Диагностика и лечение на пациенти с данни за лептоспироза при:

1. епидемиологична анамнеза - контакт с домашни животни и гризачи, газене във водоеми, консумация на храна, контаминирана с екскременти на гризачи;

2. краниофарингеален синдром;

3. фебрилитет;

4. обривен синдром;

5. иктерен синдром;

6. начална остра бъбречна недостатъчност;

7. мускулни болки;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Марсилска треска при:

1. "Черно петно" по кожата при анамнеза за контакт с кучета или кърлежова експозиция;

2. краниофарингеален синдром и висок фебрилитет с продължителност от 1 - 2 седмици;

3. прояви от страна на ЦНС;

4. хеморагичен синдром;

5. пъпчест обрив, вкл. по длани и стъпала; полиморфен обрив;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за петнист тиф при:

1. хепатоспленомегалия;

2. фебрилитет;

3. количествени промени в съзнанието;

4. обрив;

5. наличие на хеморагичен синдром;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за за малария и висцерална лайшманиоза при:

1. фебрилитет с неизяснен произход;

2. хепатоспленомегалия;

3. анемичен синдром;

4. панцитопения (за висцерална лайшманиоза);

5. положителен резултат от морфо-паразитологично изследване;

6. положителен резултат от серологично изследване (за висцерална лайшманиоза).

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Лаймска болест при:

1. наличие на еритема мигранс - предимно във физиологичните гънки, гръб, корем, с незначителни локални и общи прояви след премахване на кърлеж или при кърлежова експозиция (сезонност - пролетно-лятна);
2. радикулополиневрит, засягане на краниалните нерви (лицев нерв, очедвигателни нерви);
3. Лайм-кардит;
4. Лайм-артрит;
5. невроборелиоза.

3. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания – клинична лаборатория се извършва до 24 час, вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания за малария се извършва до 24 час, а при останалите заболявания до края на болничния престой. Абдоминална ехография се извършва до края на болничния престой. Костно-мозъчна пункция се извършва до края на болничния престой по преценка при всеки конкретен пациент. Биохимични изследвания се извършват по преценка.

Етиологичното лечение на ТУЛАРЕМИЯ включва:

Антибиотици - средство на избор са аминогликозидите.

Когато лечението започне до 7-ия ден от началото на заболяването, температурата се понижава или спада след 2-3 дни, докато кожните лезии и лимфнодулитът се повлияват след 1-2 седмици.

Други антимикробни препарати

Тетрациклините и химиотерапевтици в курс от 14-21 дни. При употребата на тези препарати по-често се отбелязва терапевтичен неуспех и релапси. Релапсите са в резултат на запазване на микроорганизми вътреклетъчно и по-често се свързват с бактериостатични препарати като тетрациклини и химиотерапевтици.

По-тези причини те все по-рядко се препоръчват напоследък.

Флуорираните хинолони са ефективна алтернатива в срок от 10 дни. Рискът от артропатия, описан при опитни животни, днес се приема за минимален. При възрастни се прилага в оптимална доза.

При тежки случаи може да се комбинират 2 препарата, напр. аминогликозиди и флуохинолони.

При пациенти със стартова парентерална терапия със химиотерапевтик, тетрациклин и хинолон, след клинично подобрение, може да се продължи с перорални форми.

Макролидите и бета-лактамите не се препоръчват. Независимо че *in vitro* *Fr. tularensis* е чувствителна на цефтриаксон, клиничните проучвания за показали терапевтичен неуспех.

Друго лечение

Инцизия при флукутация на лимфните възли, но задължително на фона на предхождащо антибиотично лечение.

КУ ТРЕСКА

Етиологичното лечение на острата Ку-треска включва:

- тетрациклини (14-21 дни);

- хинолони или туберкулостатици - 3 седмици.

При бременни по-рядко се прилагат макролиди и TSM, но по принцип липсва препоръчителен антибиотичен режим.

Лечение на хроничната Ку треска

Значително по-сложна е ситуацията при хроничната Ку треска, изискваща продължително лечение и проследяване поради склонността към късни рецидиви. Препоръчителният терапевтичен режим при Ку ендокардита днес включва антималярийни препарати, алкализирани лизозомите, в комбинация с тетрациклини, минимално за 18 месеца.

При пациенти с клапни увреди за профилактика на хронифицирането лечението на острите форми трябва да е като при хроничните форми

ЛЕПТОСПИРОЗИ:

- пеницилин;
- тетрациклин.

Патогенетично и симптоматично лечение; при развитие на ОБН – хемодиализа.

МАРСИЛСКА ТРЕСКА

Етиологичното лечение включва:

- препоръчителна антибактериална група - тетрациклини;
- флуорирани хинолони;
- макролиди, показани и при бременни.

МАЛАРИЯ

Заболяването се внася в България от чужденци и българи, пристигащи от ендемични тропически страни. При съмнения диагностиката се провежда незабавно от съответните специалисти в лечебните и здравни заведения за извънболнична помощ. Хоспитализацията е задължителна при микроскопски доказана малария (Инструкция №08 за профилактичните, лечебните и организационни мерки срещу маларията и другите тропични паразитни болести).

ТРОПИЧЕСКА МАЛАРИЯ (малария фалципарум)

МАЛАРИЯ ТЕРЦИАНА И МАЛАРИЯ ОВАЛЕ

МАЛАРИЯ КВАРТАНА

Етиологичното лечение включва приложение на утвърдени схеми на лечение с антималярийни препарати.

ВИСЦЕРАЛНА ЛАЙШМАНИОЗА

Висцералната лайшманиоза се регистрира като местно и внасяно от ендемични страни заболяване. В последните години случаите на заболявания зачестиха. Ако не се проведе своевременна диагностика и етиологично лечение е възможен летален изход.

Етиологичното лечение включва приложение на следния препарат:

1. антимикотични полиенови антибиотици, (прилага се само по витални индикации, при липса на Meglomite antimoniate, поради високата токсичност на препарата).
2. Meglomite antimoniate i.m. 20-60 mg. антимоно база/кг.т.м. дневно за лечебен курс 20-28 дни.

Лечението на малария и лайшманиоза се извършва след задължителна консултация със специалист по медицинска паразитология.

ЛАЙМСКА БОЛЕСТ

На съвременния етап за лечение на **Еритема мигранс (ЕМ)** се използват 3 перорални/инфузионни антибиотика: тетрациклини, полусинтетични пеницилини и цефалоспорици II генерация за 14-21 дни.

Въпреки добрата ин витро активност на макролидите, резултатите от прилагането им са противоречиви. На този етап не се препоръчват като антибиотици от първи ред.

Пациентите трябва да се предупреждават за възможността за развитие на Jarisch-Herxheimer реакция до 24-ия час от началото на лечението. Тя се наблюдава в 15-20% поради бързото разрушаване на спирохетите и подкрепя правилността на диагнозата.

Много важно е, че след правилно проведеното лечение и настъпилото оздравяване, положителните серологични резултати могат да се задържат с месеци, дори с години! Това обаче не означава персистираща инфекция и не налага допълнително антибиотично лечение, освен в случаите на явен рецидив на заболяването.

Етиологичното лечение на ранната дисеминирана Лаймска борелиоза (втори стадий) и късна Лаймска борелиоза (трети стадий) се провежда за период 3-4 седмици. Понякога се налагат повторни курсове. Подходящи са следните антибиотици:

Цефалоспорици III генерация.

Цефалоспорици II генерация.

Пеницилини.

КРИТЕРИИ ЗА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО

Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum* – за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B50.0, B50.8, малария при бременни жени и при наличие на всички форми на паразита при морфо-паразитологично изследване.

Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* - за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B51.0 и B51.8

Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* - за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B52.0 и B52.8

Малария, предизвикана от *Plasmodium ovale* – заболяването протича доброкачествено

Лайшманиоза

Висцерална лайшманиоза – всички клинични форми на заболяването се приемат за тежки.

Кожна лайшманиоза – заболяването протича доброкачествено.

Кожно-лигавична лайшманиоза – за тежки се приемат случаите със засягане на кожата и лигавиците по главата.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на епидемиологични и клинични данни, подкрепени с вирусологични, паразитологични и/или серологични данни.

За потвърждаване на клиничната диагноза Средиземноморска петниста треска (Марсилска треска) и Ку-треска, е необходимо изследване на 2 серумни проби през 10-15 дни, за отчитане сероконверсия или нарастване титрите на антителата в динамика.

При Erythema migrans се наблюдава забавено развитие на антителния отговор и първата проба трябва да се вземе на 20-30-ия ден от началото на заболяването независимо от провежданото антибиотично лечение. В 40-50% от случаите серологичните резултати са отрицателни, без това да отхвърля диагнозата. Клиничната диагноза самостоятелно е достатъчна за обявяване на Лаймска болест. Всички останали случаи на неврологични, ставни, сърдечни и очни прояви е необходимо да бъдат лабораторно потвърдени. За диагнозата невроборелиоза освен възпалителните изменения в ликвора решаващо значение има доказването на интратекална продукция на антитела срещу *Borrelia burgdorferi* чрез повишени ликвор/серум индекси.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 пълно клинично оздравяване и/или с подобрене при спазване на епидемиологичните изисквания;

Критерии за дехоспитализация при малария:

- клинично оздравяване на пациента;
- трикратен отрицателен резултат за маларийни паразити.

Критерии за дехоспитализация при висцерална лайшманиоза:

- наличие на обективни данни за пълно клинично оздравяване и/или с подобрене;
- параклинични показатели с подобрене на стойностите;
- сплено-хепатомегалия в обратно развитие.

При останалите заболявания - наличие на обективни данни за клинично подобрене и/или възстановяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

КП № 99 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗНИ И ПАРАЗИТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, ПРЕДАВАНИ ЧРЕЗ УХАПВАНЕ ОТ ЧЛЕНЕСТОНОГИ

Минимален болничен престой - 5 дни

Минимален болничен престой при фулминантни форми – 2 дни

Б. При лица под 18 години

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Туларемия

Включва: треска на еленовата муха
инфекция, предизвикана от *Francisella tularensis*
заешка треска

A21.0 Улцеро-жлезна туларемия

A21.1 Очно-жлезна туларемия

Очна туларемия

A21.2 Белодробна туларемия

A21.3 Гастроинтестинална туларемия

Абдоминална туларемия

A21.7 Генерализирана туларемия

A21.8 Други форми на туларемия

Лептоспироза

A27.0 Лептоспироза иктеро-хеморагична

Лептоспироза, предизвикана от *Leptospira interrogans*, серовар icterohaemorrhagiae

A27.8 Други форми на лептоспироза

Други инфекции, предизвикани от спирохети

A69.2 Лаймска болест

Хроничен мигриращ еритем, предизвикан от *Borrelia burgdorferi*

Петнист тиф

Не включва: рикетсиоза, предизвикана от *Ehrlichia sennetsu* (A79.8)

A75.0 Епидемичен въшков петнист тиф, предизвикан от *Rickettsia prowazekii*

Класически тиф (треска)

Епидемичен (въшков) тиф

A75.1 Рецидивиращ тиф [болест на Brill]

Болест на Brill-Zinsser

A75.2 Тиф, предизвикан от *Rickettsia typhi*

Плъхов (епидемичен бълхов) тиф

A75.9 Петнист тиф, неуточнен

Тиф (треска) БДУ

Петниста треска [кърлежови рикетсиози]

A77.0 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia rickettsii*

Петниста треска на Скалистите планини

Треска Sao Paulo

A77.1 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia conorii*

Африкански кърлежов тиф

Пароксизмална треска

Индийски кърлежов тиф

Кенийски кърлежов тиф

- Марсилска треска
Средиземноморска кърлежова треска
- A77.2 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia siberica***
Северноазиатска кърлежова треска
Сибирски кърлежов тиф
- A77.3 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia australis***
Куинслендски кърлежов тиф
- A77.8 Други петнисти трески**
- A77.9 Петниста треска, неуточнена**
Кърлежов тиф БДУ
- A78 Ку-треска**
Инфекция, предизвикана от *Coxiella burnetti*
Треска на "деветата миля"
Квадрилатерална треска

Други рикетсиози

- A79.0 Окопна треска**
Петдневна пароксизмална треска
Волинска треска
- A79.1 Вариолоподобна рикетсиоза, предизвикана от *Rickettsia akari***
Kew Garden треска
Везикулозна рикетсиоза
- A79.8 Други уточнени рикетсиози**
Рикетсиоза, предизвикана от *Ehrlichia sennetsu*
- A79.9 Рикетсиоза, неуточнена**
Инфекция, предизвикана от рикетсии БДУ
- A94 Вирусна треска, предавана от членестоноги, неуточнена**
Арбовирусна треска БДУ
Арбовирусна инфекция БДУ

Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*

- Включва:** смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium falciparum* и други видове маларийни плазмодии
- B50.0 Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum* с церебрални усложнения**
Церебрална малария БДУ
- B50.8 Други форми на тежко протичаща или усложнена малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum***
Тежко протичаща или усложнена малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*, БДУ
- B50.9 Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*, неуточнена**

Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax*

- Включва:** смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium vivax* и всеки друг вид плазмодий, с изключение на *Plasmodium falciparum*
- Не включва:** инфекции, смесени с *Plasmodium falciparum* (B50.—)
- B51.0 Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* с руптура на слезката**
- B51.8 Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* с други усложнения**
- B51.9 Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* без усложнения**
Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax*, БДУ

Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae*

- Включва:** смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium malariae* и всеки друг вид плазмодий, освен *Plasmodium falciparum* и *Plasmodium vivax*
- Не включва:** случаи на смесена инвазия с *Plasmodium*:

- *falciparum* (B50.—)
- *vivax* (B51.—)

- B52.0** Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* с нефропатия
- B52.8** Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* с други усложнения
- B52.9** Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* без усложнения
- Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae*, БДУ

Други видове паразитологично потвърдена малария

- B53.0** Малария, предизвикана от *Plasmodium ovale*

Не включва: смесени случаи с *Plasmodium*:

- *falciparum* (B50.—)
- *malariae* (B52.—)
- *vivax* (B51.—)

- B54** Малария, неуточнена

Клинично диагностицирана малария без паразитологично потвърждаване

Лайшманиоза

- B55.0** Висцерална лайшманиоза

Кала-азар

Пост-кала-азарна кожна лайшманиоза

- B55.1** Кожна лайшманиоза

- B55.2** Кожно-лигавична лайшманиоза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1974 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])

1988 Друга рентгенография

- 90909-00** Рентгенография на друго място

1942 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

1943 Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1853 Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]	
11709-00	Амбулаторен непрекъснат холтер електрокардиографски запис <i>Включва:</i> с използване на система, способна на сравняване и пълно откриване на запис
1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1926 Микробиологични изследвания	
92182-08	Микробиологично изследване на проба от нервната система и/или ликвор с микроскопски препарат и детекция на антиген
92182-01	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
92182-02	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
91937-07	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв с микроскопски препарат
91937-00	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1925 Паразитологични изследвания	
91937-03	Микроскопско изследване на кръв за паразитология <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
91907-03	Микроскопско изследване на проба от далак и/или костен мозък за паразитология
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология
1929 Вирусологични изследвания	
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-01	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG)
91922-02	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни
91922-03	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен 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 хепатит С вирус Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С
91923-10	Изследване за Chlamydia
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	
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций

1926 Невромускулна електродиагностика	
11012-00	<p>ЕМГ [електромиография]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невромускулна проводимост</p> <p>Електромиография (ЕМГ)</p> <p><i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])</p>
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	<p>Приложение на опаковани клетки</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки
13706-03	<p>Приложение на тромбоцити</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92061-00	<p>Приложение на кръвосъсирващи фактори</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	<p>Приложение на друг серум</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	<p>Приложение на кръвен експандер</p> <p>Разреждане на кръвта</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители • Dextran • Rheomacrodex
92064-00	<p>Приложение на друг кръвен продукт</p> <p>Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити
13706-05	<p>Приложение на човешки имуноглобулин</p> <p>Инжектиране или трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
1920 Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: 	

	<ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
	хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])
	<i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920]
	Прилагане на фармакотерапия
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва: едната е с код от посочените в блок 1929 „Вирусологични изследвания“ (91922-00, 91922-01, 91922-02, 91922-03, 91922-04, 91922-05, 91922-06, 91923-10) (с изключение на случаите с Малария) , ПКК (91910-04), биохимия по преценка (91910-33, 91910-34) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

При отчитане на клиничната пътека с код от блок 1923 и блок 1924 е задължително отчитането на код 91910-04; останалите процедури се извършват и отчитат по преценка.

С код 96197-02 се отчита прилагането на антипаразитни медикаменти.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

1. 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 инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

2. 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. Паразитологична лаборатория
2. ОАИЛ/КАИЛ
3. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
4. Клинична патология – на територията на населеното място
5. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- един лекар със специалност по инфекциозни болести

или

един лекар със специалност по паразитология (за Малария и Лайшманиоза)

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

В случаите на Малария и Лайшманиоза е задължителна консултация с лекар със специалност по медицинска паразитология когато в инфекциозната сгруктура липсва такъв

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

4. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с данни за туларемия при:

5. лимфоденит - лимфни възли с големина до ябълка, мекоеластични, неболезнени, подвижни, несрастнали; характерно е продължително протичане, често в съчетание с кожни изменения (кожно бубонна форма) или едностранен тонзилит с наледи (ангинозно-бубонна форма);

6. прояви на пневмония, картина на "остър хирургичен корем", сепсис или тиф;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Ку треска при:

1. епидемиологична анамнеза - контакт с животни, особено при грижи по време на раждане или пиене на непреварено мляко; неясно фебрилно състояние, кашлица, болки в гръдната област;

2. пневмония;

3. болки и тежест в черния дроб, иктер, безапетитие, гадене, повръщане, астеничен синдром, повишени трансаминази, епидемиологични данни;

4. неясен фебрилитет, болка в сърдечната област, обща слабост, нарушения в сърдечния ритъм, епидемиологични данни.

Диагностика и лечение на пациенти с данни за лептоспироза при:

5. епидемиологична анамнеза - контакт с домашни животни и гризачи, газене във водоеми, консумация на храна, контаминирана с екскременти на гризачи;

6. краниофарингеален синдром;

7. фебрилитет;

8. обривен синдром;

9. иктерен синдром;

10. начална остра бъбречна недостатъчност;

11. мускулни болки;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Марсилска треска при:

12. "Черно петно" по кожата при анамнеза за контакт с кучета или кърлежова експозиция;

13. краниофарингеален синдром и висок фебрилитет с продължителност от 1 - 2 седмици;

14. прояви от страна на ЦНС;

15. хеморагичен синдром;

16. пъпчест обрив, вкл. по длани и стъпала; полиморфен обрив;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за петнист тиф при:

17. хепатоспленомегалия;

18. фебрилитет;

19. количествени промени в съзнанието;

20. обрив;

21. наличие на хеморагичен синдром;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за за малария и висцерална лайшманиоза при:

22. фебрилитет с неизяснен произход;

23. хепатоспленомегалия;

24. анемичен синдром;

25. панцитопения (за висцерална лайшманиоза);

26. положителен резултат от морфо-паразитологично изследване;

27. положителен резултат от серологично изследване (за висцерална лайшманиоза).

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Лаймска болест при:

28. наличие на еритема мигранс - предимно във физиологичните гънки, гръб, корем, с незначителни локални и общи прояви след премахване на кърлеж или при кърлежова експозиция (сезонност - пролетно-лятна);
29. радикулополиневрит, засягане на краниалните нерви (лицев нерв, очедвигателни нерви);
30. Лайм-кардит;
31. Лайм-артрит;
32. невробореиоза.

7. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания – клинична лаборатория се извършва до 24 час, вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания за малария се извършва до 24 час, а при останалите заболявания до края на болничния престой. Абдоминална ехография се извършва до края на болничния престой. Костно-мозъчна пункция се извършва до края на болничния престой по преценка при всеки конкретен пациент. Биохимични изследвания се извършват по преценка.

Етиологичното лечение на ТУЛАРЕМИЯ включва:

Антибиотици - средство на избор са аминогликозидите.

Когато лечението започне до 7-ия ден от началото на заболяването, температурата се понижава или спада след 2-3 дни, докато кожните лезии и лимфнодулитът се повлияват след 1-2 седмици.

Други антимикробни препарати

Тетрациклините и химиотерапевтици в курс от 14-21 дни. При употребата на тези препарати по-често се отбелязва терапевтичен неуспех и релапси. Релапсите са в резултат на запазване на микроорганизми вътреклетъчно и по-често се свързват с бактериостатични препарати като тетрациклини и химиотерапевтици.

По-тези причини те все по-рядко се препоръчват напоследък.

Флуорираните хинолони са ефективна алтернатива в срок от 10 дни. Рискът от артропатия, описан при опитни животни, днес се приема за минимален. При възрастни се прилага в оптимална доза.

При тежки случаи може да се комбинират 2 препарата, напр. аминогликозиди и флуохинолони.

При пациенти със стартова парентерална терапия със химиотерапевтик, тетрациклин и хинолон, след клинично подобрение, може да се продължи с перорални форми.

Макролидите и бета-лактамите не се препоръчват. Независимо че *in vitro* *Fr. tularensis* е чувствителна на цефтриаксон, клиничните проучвания за показали терапевтичен неуспех.

Друго лечение

Инцизия при флукутация на лимфните възли, но задължително на фона на предхождащо антибиотично лечение.

КУ ТРЕСКА

Етиологичното лечение на острата Ку-треска включва:

- тетрациклини (14-21 дни);

- хинолони или туберкулостатици - 3 седмици.

При бременни по-рядко се прилагат макролиди и TSM, но по принцип липсва препоръчителен антибиотичен режим.

Лечение на хроничната Ку треска

Значително по-сложна е ситуацията при хроничната Ку треска, изискваща продължително лечение и проследяване поради склонността към късни рецидиви. Препоръчителният терапевтичен режим при Ку ендокардита днес включва антималярийни препарати, алкализирани лизозомите, в комбинация с тетрациклини, минимално за 18 месеца.

При пациенти с клапни увреди за профилактика на хронифицирането лечението на острите форми трябва да е като при хроничните форми

ЛЕПТОСПИРОЗИ:

- пеницилин;
- тетрациклин.

Патогенетично и симптоматично лечение; при развитие на ОБН – хемодиализа.

МАРСИЛСКА ТРЕСКА

Етиологичното лечение включва:

- препоръчителна антибактериална група - тетрациклини;
- флуорирани хинолони;
- макролиди, показани и при бременни.

МАЛАРИЯ

Заболяването се внася в България от чужденци и българи, пристигащи от ендемични тропически страни. При съмнения диагностиката се провежда незабавно от съответните специалисти в лечебните и здравни заведения за извънболнична помощ. Хоспитализацията е задължителна при микроскопски доказана малария (Инструкция №08 за профилактичните, лечебните и организационни мерки срещу маларията и другите тропични паразитни болести).

ТРОПИЧЕСКА МАЛАРИЯ (малария фалципарум)

МАЛАРИЯ ТЕРЦИАНА И МАЛАРИЯ ОВАЛЕ

МАЛАРИЯ КВАРТАНА

Етиологичното лечение включва приложение на утвърдени схеми на лечение с антималярийни препарати.

ВИСЦЕРАЛНА ЛАЙШМАНИОЗА

Висцералната лайшманиоза се регистрира като местно и внасяно от ендемични страни заболяване. В последните години случаите на заболявания зачестиха. Ако не се проведе своевременна диагностика и етиологично лечение е възможен летален изход.

Етиологичното лечение включва приложение на следния препарат:

1. антимикотични полиенови антибиотици, (прилага се само по витални индикации, при липса на Meglomite antimoniate, поради високата токсичност на препарата).
2. Meglomite antimoniate i.m. 20-60 mg. антимоно база/кг.т.м. дневно за лечебен курс 20-28 дни.

Лечението на малария и лайшманиоза се извършва след задължителна консултация със специалист по медицинска паразитология.

ЛАЙМСКА БОЛЕСТ

На съвременния етап за лечение на **Еритема мигранс (ЕМ)** се използват 3 перорални/инфузионни антибиотика: тетрациклини, полусинтетични пеницилини и цефалоспорины II генерация за 14-21 дни.

Въпреки добрата ин витро активност на макролидите, резултатите от прилагането им са противоречиви. На този етап не се препоръчват като антибиотици от първи ред.

Пациентите трябва да се предупреждават за възможността за развитие на Jarisch-Herxheimer реакция до 24-ия час от началото на лечението. Тя се наблюдава в 15-20% поради бързото разрушаване на спирохетите и подкрепя правилността на диагнозата.

Много важно е, че след правилно проведеното лечение и настъпилото оздравяване, положителните серологични резултати могат да се задържат с месеци, дори с години! Това обаче не означава персистираща инфекция и не налага допълнително антибиотично лечение, освен в случаите на явен рецидив на заболяването.

Етиологичното лечение на ранната дисеминирана Лаймска борелиоза (втори стадий) и късна Лаймска борелиоза (трети стадий) се провежда за период 3-4 седмици. Понякога се налагат повторни курсове. Подходящи са следните антибиотици:

Цефалоспорины III генерация.

Цефалоспорины II генерация.

Пеницилини.

КРИТЕРИИ ЗА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО

Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum* – за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B50.0, B50.8, малария при бременни жени и при наличие на всички форми на паразита при морфо-паразитологично изследване.

Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* - за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B51.0 и B51.8

Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* - за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B52.0 и B52.8

Малария, предизвикана от *Plasmodium ovale* – заболяването протича доброкачествено

Лайшманиоза

Висцерална лайшманиоза – всички клинични форми на заболяването се приемат за тежки.

Кожна лайшманиоза – заболяването протича доброкачествено.

Кожно-лигавична лайшманиоза – за тежки се приемат случаите със засягане на кожата и лигавиците по главата.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на епидемиологични и клинични данни, подкрепени с вирусологични, паразитологични и/или серологични данни.

За потвърждаване на клиничната диагноза Средиземноморска петниста треска (Марсилска треска) и Ку-треска, е необходимо изследване на 2 серумни проби през 10-15 дни, за отчитане сероконверсия или нарастване титрите на антителата в динамика.

При Erythema migrans се наблюдава забавено развитие на антителния отговор и първата проба трябва да се вземе на 20-30-ия ден от началото на заболяването независимо от провежданото антибиотично лечение. В 40-50% от случаите серологичните резултати са отрицателни, без това да отхвърля диагнозата. Клиничната диагноза самостоятелно е достатъчна за обявяване на Лаймска болест. Всички останали случаи на неврологични, ставни, сърдечни и очни прояви е необходимо да бъдат лабораторно потвърдени. За диагнозата невроборелиоза освен възпалителните изменения в ликвора решаващо значение има доказването на интратекална продукция на антитела срещу *Borrelia burgdorferi* чрез повишени ликвор/серум индекси.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 пълно клинично оздравяване и/или с подобрене при спазване на епидемиологичните изисквания;

Критерии за дехоспитализация при малария:

- клинично оздравяване на пациента;
- трикратен отрицателен резултат за маларийни паразити.

Критерии за дехоспитализация при висцерална лайшманиоза:

- наличие на обективни данни за пълно клинично оздравяване и/или с подобрене;
- параклинични показатели с подобрене на стойностите;
- сплено-хепатомегалия в обратно развитие.

При останалите заболявания - наличие на обективни данни за клинично подобрене и/или възстановяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

**ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ТУЛАРЕМИЯ, КУ ТРЕСКА, МАРСИЛСКА ТРЕСКА, ЛАЙМСКА БОЛЕСТ**

От проведените консултации със специалист и от Вашия личен лекар вече знаете, че Вие имате сериозно инфекциозно заболяване, чийто причинител се пренася чрез кърлежи. В България това са рикетсиозите (Ку-треска и Марсилска треска) и Лаймската болест. Самото ухапване често обаче остава незабелязано. При Ку-треската заразяването става и чрез пиене на непроварено мляко или вдишване на причинителя (въздушно-капков път). При туларемията също има и други механизми на заразяване – директен контакт със заразени животински материали при клане или дране на кожи, чрез заразена храна и вдишване на инфектиран прах или аерозол. Тези заболявания обикновено започват остро, с повишена температура, отпадналост, болки по мускулите и ставите, главоболие. При някои се появява обрив - локализиран (Лаймска болест) или дифузен (Марсилска треска). Ку-треската най-често протича като фебрилно състояние или пневмония, която не се подобрява от обичайната терапия. При тежките форми на Марсилска треска се появяват кръвоизливи, които могат да са фатални. Туларемията има разнообразна симптоматика, като най-често на мястото на проникването на причинителя (кожа) се развива язва и регионерните лимфни възли се увеличават.

Някои от тези заболявания протичат леко, но дори и тогава са възможни усложнения. Затова болничното лечение в инфекциозно отделение/клиника е препоръчително при всички тези заболявания. В инфекциозно отделение ще бъдете под непрекъснато наблюдение и ще получите адекватно лечение.

Вашият престой ще бъде най-малко 7-10 дни, а при някои форми макар и рядко – 20 дни. При усложнения престоят ще бъде удължен.

За поставяне на окончателната диагноза са необходими редица изследвания - най-често на кръвта. При необходимост ще се направи рентгенография на бял дроб, скенер на глава, ЕКГ. За това ще бъдете допълнително уведомен.

Лечението при едни от заболяванията е предимно по венозен път, при други - през устата.

Състоянието Ви ще бъде непрекъснато проследявано от лекуващия екип. Ако пожелаете лечението да бъде прекратено, трябва да изразите това писмено. Така освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

Близките Ви ще могат да посещават клиниката/отделението в указаното време, като това е съобразено с факта, че се намирате в инфекциозно отделение. При посещенията ще получите информация от лекуващия екип.

Необходимо е пълното Ви съдействие, за осъществяване на лечебните и диагностични процедури, което гарантира благоприятна прогноза на заболяването.

МАЛАРИЯ

От проведените консултации и изследвания на специалисти и личния Ви лекар във връзка с болестните Ви оплаквания се диагностицира сериозно паразитно заболяване – малария, която отдавна е изкоренена от страната ни.

Това заболяване се причинява от едноклетъчни паразити, предавани на човек в резултат на ухапване от заразени маларийни комари. Възможност за заразяване сега няма у нас, но в тропическите и субтропическите страни маларията се среща често и пребиваващите там граждани са изложени на риск. Болестният процес се развива след определен инкубационен период, проявява се отначало с трескаво състояние и покачване на температурата, поради което често се бърка с простудно заболяване. Проникналите в организма паразити се размножават в кръвта и водят до сериозни усложнения, а при ненавременна диагноза и лечение в определени случаи може бързо да настъпи летален изход.

Нелекуваните своевременно пациенти представляват също източници на малария. Поради сериозността на заболяването, необходимите изследвания, специфичното лечение и наблюдение на пациента, лечението в болнични условия са задължителни за нашата страна. За поставяне диагнозата и проследяване на ефекта от лечението трябва да се направят някои необходими изследвания, предимно на кръв. Манипулацията за това практически е безопасна при извършване от специализиран медицински персонал.

Ако се допусне забавяне на диагнозата и лечението, са възможни усложнения до фатален край. Поради това постъпването Ви в определеното болнично отделение е строго наложително. Ще Ви се провежда съответно лечение с противомаларийни препарати и други лекарствени средства.

За пълнота Ви молим да прочетете описаните по-долу процедури, които предстоят да бъдат извършени във Ваш интерес.

Престоят Ви в отделението ще продължи не по-малко от 6 дни. При наличие на усложнения болничният престой ще се наложи да бъде удължен.

Ще Ви се направят необходимите кръвни и паразитологични изследвания, рентгеново изследване на бели дробове, ЕКГ, ехографско изследване. За част от изследванията ще бъдете допълнително информирани и ще Ви бъде искано съгласие за извършването им.

Лечението Ви ще се извършва чрез поемане на медикаменти през устата, но при необходимост и с венозни вливания.

Екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой от деня на приемането до изписването Ви. По всяко време на болничния престой имате право да се откажете от предложеното лечение, но това може да доведе до фатален за здравето Ви резултат.

Вашите близки ще може да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с актуалната епидемиологична ситуация и с факта, че може да се намирате и в инфекциозно отделение. По време на посещението на Ваши близки лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние.

При всеки случай от Вас ще се иска активно съдействие за вземане на всяко решение по отношение лечебните и диагностични процедури.

Ако по време на лечението желаете да прекратите същото е необходимо да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за понататъшното Ви здравословно състояние.

ВИСЦЕРАЛНА ЛАЙШМАНИОЗА

При проведените консултации и изследвания от специалисти и личния Ви лекар във връзка с болестните Ви оплаквания се диагностицира сериозно, рядко срещащо се паразитно заболяване – висцерална лайшманиоза.

Това заболяване се причинява от едноклетъчни паразити, предавани на човек в резултат на ухапване от заразени малки мушици – папатаци (флеботоми). Болестният процес се развива продължително време, температурата се покачва неравномерно, а паразитите проникват и увреждат костния мозък, черния дроб, далака, лимфните възли. Поради сериозността на заболяването, необходимите изследвания, специфичното лечение и медицинското наблюдение на пациента налага се обезателно лечение в болнични условия. За поставяне на диагнозата и проследяване ефекта на лечението е необходимо да се направят някои необходими изследвания, включително на костен мозък. Манипулацията за това - костно-мозъчна пункция, е практически безопасна, когато се извършва от опитни специалисти.

Ако се допусне забавяне на лечението са възможни усложнения и заболяването прогресира до фатален изход. Поради това постъпването Ви в определеното болнично отделение е строго наложително. Ще Ви се провежда съответно лечение с антимонови и друг вид лекарствени препарати.

За пълнота Ви молим да прочетете описаните по-долу процедури, които предстоят да бъдат извършени във Ваш интерес:

Престоят Ви в отделението ще продължи не по-малко от 25 дни. При наличие на усложнения болничният престой ще се наложи да бъде удължен.

Ще Ви се направят необходимите кръвни и паразитологични изследвания, рентгеново изследване на бял дроб, ЕКГ, ехографско изследване. За чест от изследванията ще бъдете допълнително информирани и ще Ви бъде искано съгласие за извършването им.

Лечението Ви ще се извършва предимно по инжекционен път – с мускулна апликация на лекарствените препарати.

Екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой от деня на приемането до изписването Ви. По всяко време на болничния престой имате право да се откажете от предложеното лечение, но това може да доведе до фатален за здравето Ви резултат.

Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с актуалната епидемиологична ситуация и с факта, че може да се намирате и в инфекциозно отделение. По време на посещението на Ваши близки лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние.

При всеки случай от Вас ще се иска активно съдействие за вземане на всяко решение по отношение лечебните и диагностични процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото е необходимо да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 100 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР ВИРУСЕН ХЕПАТИТ "А" И "Е"

Минимален болничен престой - 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър хепатит А

B15.0 Хепатит А с хепатална кома

B15.9 Хепатит А без хепатална кома
Хепатит А (остър) (вирусен) БДУ

Други остри вирусни хепатити

B17.2 Остър хепатит Е

B17.8 Други уточнени остри вирусни хепатити
Хепатит нито А, нито С (остър)(вирусен), НКД
Хепатит, причинен от HSV
Хепатит, причинен от Цитомегаловирус
Хепатит, причинен от EBV

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1943 Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1929 Вирусологични изследвания

91922-00 Серологично изследване за HIV 1/2 антитела

91922-03 Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен 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 хепатит С вирус

Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С

Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С

91923-10 Изследване за Chlamydia

91911-19 Други вирусологични изследвания

91922-07 Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)

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

91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ

91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители • Dextran • Rheomacrodex
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити
1920 Приложение на фармакотерапия	
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741]) <i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия	
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез:

	<ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва: ПКТ (91910-04), биохимия (91910-15, 91910-16, 91910-26, 91910-27) и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни с код по МКБ-10 B15.0. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 инфекциозни болести или Неонатологична клиника/отделение - за новородени до 28-ия ден след раждането
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

2. 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. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на областта
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

Блок 3. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар със специалност по неонатология при задължително документирана консултация с инфекционист;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Болни с остър хепатит А и Е в състояние на хепатална кома, които са нетранспортабилни, е възможно да бъдат лекувани в Инфекциозна клиника/отделение – II ниво на компетентност, при условие че задължително е проведена и документирана консултация с републикански консултант по инфекциозни болести.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с данни за остър вирусен хепатит А и Е при:

- тежък астено-адинамичен синдром, придружен от повръщане, главоболие и болки в дясното подребрие, изразен иктерен синдром;
- наличие на хеморагии по кожата и от гастроинтестиналния тракт;
- енцефалопатия и количествени промени в съзнанието.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лечението на пациента с остър вирусен хепатит започва веднага с постъпването. Няма значение етиологичния причинител (HAV, HEV) – започва се с вливания на глюкозно-левулозни разтвори до 2 литра течности според тежестта на заболяването и хепатопротективна терапия перорално. При най-леките форми на ОВХ венозните вливания могат да бъдат ограничени и течностите да бъдат приемани през устата;

В случаите на подчертано клинично влошаване в първите часове и дни след хоспитализацията се разширяват лабораторните показатели и терапевтичния план; терапевтичният план да съдържа и включването на парентерален хепатопротектор;

В първия ден след хоспитализацията се назначава минимум лабораторни изследвания;

В рамките на болничния престой се провежда ехографско изследване на черния дроб с оглед ДД възможности при иктерен синдром и възможността от наслагване на остър възпалителен процес с вирусна генеза (ОВХ) върху предшестващо (хронично) чернодробно страдание (стеатоза, калкулоза и др.);

Задължителна преоценка на поведението се прави при влошаване на клиничното състояние – базира се на комплекс от показатели – клинични, лабораторни, ехографски;

В случаите на подчертано клинично влошаване в първите часове и дни след хоспитализацията се разширяват лабораторните изследвания и терапевтичния план;

При постепенно подобряване на състоянието пациентът с ОВХВ и ОВХС може да бъде изписан, съобразно минималния болничен престой и при продължаване на лечението (перорално) в домашни условия при спазване на хигиенно-диетичния режим;

Пациентът може да бъде оставен в болницата на перорална хепатопротективна терапия без венозни вливания 1-2 дни преди изписването под наблюдение за потвърждаване стабилността на клиничното състояние;

При изписването на болния се представя инструкция за режима, диетата и лечението в дома, определя се датата за първи контролен преглед с необходимия минимум биохимични и вирусологични изследвания.

ОВХ тип А може да протече под формата на:

- симптоматична (иктерична) клинична форма;
- холестатична, при която иктерът продължава повече от 8 седмици.
- релапсиращ остър вирусен хепатит в период от 6 до 10 седмици.
- фулминантен.

Минимум 5-дневно болнично наблюдение и лечение е необходимо при неусложнените форми на ОВХ тип А с вливания на глюкозно-левулозни разтвори и хепатопротектори перорално.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия	4										
Абнормна екстензия	3										
Няма отговор	2										
	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронтно - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

Интерпретация на общия сбор:

- пълна кома – 3 т.
- децеребрация – 4 т.
- декортикация – 5 т.
- сомнолентност - над 10 т.

Оценката на тежестта на състоянието на пациента при коматозни състояния по скалата на GLASGOW - LIEGE задължително се отразява в документ “История на заболяването”.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Прави се на базата на серологична и PCR диагностика при установяване на положителни маркери за хепатитна вирусна инфекция:

- за остър вирусен хепатит А: антиHAV IgM (+)

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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:

- след изтекъл минимален болничен престой;
- липса на астено-динамичен синдром;
- положителна динамика в биохимичните показатели;
- билирубин равен или по-малко от 100; АЛАТ - не повече от 500 UI;
- наличие на обективни данни за клинично подобрение (хепато-спленомегален синдром и други).

При наличие на решут при остър вирусен хепатит А и Е (стойности на АЛАТ ≥ 1000 МЕ или общ билирубин над 250 мкмол/л.) се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 5% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

**ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ОСТЪР ВИРУСЕН ХЕПАТИТ**

Както вече Ви е известно, Вие (детето Ви) сте заболели от остър вирусен хепатит. Това е заболяване на черния дроб, което представлява остро възпаление, причинено от вируси, които избирателно поразяват черния дроб. Появява се бързо, може да прогресира, да предизвика нарушения в чернодробната функция с всички неблагоприятни последици. Затова се налага приемането Ви в болница. Провеждането на лечение в домашни условия е рисково, тъй като трудно могат да се контролират в динамика венозните вливания (риск от инфекция), могат да се получат кървене от лигавиците, кръвоизливи по кожата, което налага непрекъснато лекарско наблюдение. При една част от болните настъпват нарушения в съзнанието, те са объркани, неадекватни. Може да се стигне до най-лошото – загуба на съзнание и хепатална кома, която е с голяма смъртност (90%). Ето защо наблюдението трябва да се извършва в болница от висококвалифициран и специализиран екип.

Вашият лекар е преценил, че за лечението и наблюдението Ви е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на специализирано хепатитно отделение или интензивно отделение, поради значителните нарушения от страна на черния дроб и тежестта на заболяването.

Докато трае Вашето лечение (на детето Ви) ще трябва да спазвате предписаните режим, диета и лекарства, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар за всички възникнали оплаквания или проблеми, които считате за важни.

Ще Ви бъдат направени различни изследвания, включително изследване за чернодробната функция, за бъбречната функция, ехография, биохимични изследвания на кръвта, пълна кръвна картина, вирусологични изследвания за установяване кой вирусен хепатит сте развили и кой е неговият причинител. При необходимост ще бъдат проведени допълнителни изследвания (рентген, микробиологични изследвания и пр.), за които допълнително ще бъдете информирани, за да дадете съгласието си да бъдат извършени.

Лечението Ви ще включва постелен режим, венозни вливания на глюкозо-левулозни разтвори, медикаменти, укрепващи черния дроб и други лекарства, които ще бъдат прилагани венозно или мускулно.

Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с моментната епидемиологична ситуация и с факта, че се намирате в инфекциозно отделение. По време на посещението на Вашите близки, лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние.

Наше задължение е да проследяваме здравословното Ви състояние от деня на приемане в болница, по време на престоя и от 3 месеца до една година след изписване в зависимост от типа на хепатита.

КП № 101 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР ВИРУСЕН ХЕПАТИТ "В", "С" И "D"

Минимален болничен престой - 5 дни
При хепатална кома – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър хепатит В

- B16.0** Остър хепатит В с делта-агент (коинфекция) с хепатална кома
B16.1 Остър хепатит В с делта-агент (коинфекция) без хепатална кома
B16.2 Остър хепатит В без делта-агент с хепатална кома
B16.9 Остър хепатит В без делта агент и без хепатална кома
Хепатит В (остър)(вирусен) БДУ

Други остри вирусни хепатити

- B17.0** Остра делта-(супер)инфекция при хепатит В носителство
B17.1 Остър хепатит С

Вирусен хепатит, неуточнен

- B19.0** Неуточнен вирусен хепатит с хепатална кома
B19.9 Неуточнен вирусен хепатит без хепатална кома

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1943 Ултразвук на корем или таз

- 55036-00** Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1929 Вирусологични изследвания

- 91922-03** Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен 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
91922-07 Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
91911-19 Други вирусологични изследвания
91922-06 Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус
Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серио-) типизиране за хроничен хепатит С
Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С

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

- 91910-15** Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1893	Прилагане на кръв и кръвни продукти
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители • Dextran • Rheomacrodex
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители
1920	Приложение на фармакотерапия
	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен)

	<ul style="list-style-type: none"> • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент <i>Виж допълнителни знаци</i>
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва: ПКС (91910-04), биохимия (91910-15, 91910-16, 91910-26, 91910-27) и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

При клинично доказан риск от хронифициране на хепатит тип С се извършва и молекулярно-генетична диагностика.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни с кодове по МКБ-10 B16.0 и B16.2. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 инфекциозни болести или Неонатологична клиника/отделение - за новородени до 28-ия ден след раждането
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

2. 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. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на областта
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

Блок 3. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар със специалност по неонатология при задължително документирана консултация с инфекционист;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Болни с остър вирусен хепатит В, С и D в състояние на хепатална кома, които са нетранспортабилни, е възможно да бъдат лекувани в Инфекциозна клиника/отделение – II ниво на компетентност, при условие че задължително е проведена и документирана консултация с републикански консултант по инфекциозни болести.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение на пациенти с данни за остър вирусен хепатит В, С и D при:

- тежък астено-адинамичен синдром, придружен от повръщане, главоболие и болки в дясното подребрие;
- наличие на хеморагии по кожата и от гастроинтестиналния тракт;
- енцефалопатия и количествени промени в съзнанието;
- при наличие на решут при остър вирусен хепатит В в рамките на един месец, е възможна повторна хоспитализация в същия отчетен период (стойности на АЛАТ \geq 1000 ме).

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лечението на пациента с остър вирусен хепатит започва веднага с постъпването. Няма значение етиологичния причинител (HBV, HCV, HDV) – започва се с вливания на глюкозно-левулозни разтвори до 2 литра течности според тежестта на заболяването и хепатопротективна терапия перорално. При най-леките форми на ОВХ венозните вливания могат да бъдат ограничени и течностите да бъдат приемани през устата;

В случаите на подчертано клинично влошаване в първите часове и дни след хоспитализацията се разширяват лабораторните показатели и терапевтичния план; терапевтичният план да съдържа и включването на парентерален хепатопротектор;

По преценка и при възможност се провежда терапия с хипербарна оксигенация;

В първия ден след хоспитализацията се назначава минимум лабораторни изследвания;

В рамките на болничния престой се провежда ехографско изследване на черния дроб с оглед ДД възможности при иктерен синдром и възможността от наслагване на остър възпалителен процес с вирусна генеза (ОВХ) върху предшестващо (хронично) чернодробно страдание (стеатоза, калкулоза и др.);

Задължителна преоценка на поведението се прави при влошаване на клиничното състояние – базира се на комплекс от показатели – клинични, лабораторни, ехографски;

В случаите на подчертано клинично влошаване в първите часове и дни след хоспитализацията се разширяват лабораторните изследвания и терапевтичния план;

При постепенно подобряване на състоянието пациентът с ОВХВ и ОВХС може да бъде изписан, съобразно минималния болничен престой и при продължаване на лечението (перорално) в домашни условия при спазване на хигиенно-диетичния режим;

Пациентът може да бъде оставен в болницата на перорална хепатопротективна терапия без венозни вливания 1-2 дни преди изписването под наблюдение за потвърждаване стабилността на клиничното състояние;

При изписването на болния се представя инструкция за режима, диетата и лечението в дома, определя се датата за първи контролен преглед с необходимия минимум биохимични и вирусологични изследвания.

ОВХ с основен механизъм на предаване парентерален (ОВХ тип В, ОВХ тип С, ОВХ нито В нито С) се хоспитализират в инфекциозни отделения за период според тежестта на заболяването, **но не по-малко от 5 дни**. Тези остри вирусни хепатити могат да протекат в следните клинични форми :

- остра иктерична форма с цитолизен синдром.
- остра иктерична форма с холестазен синдром.
- остър хепатит със затегнато протичане.
- остра аниктерична форма.
- оточно-асцитна форма на остър вирусен хепатит.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия	4										
	3										
Абнормна екстензия	2										
Няма отговор	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронт - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

Интерпретация на общия сбор:

- пълна кома – 3 т.

- децеребрация – 4 т.
- декортикация – 5 т.
- сомнолентност - над 10 т.

Оценката на тежестта на състоянието на пациента при коматозни състояния по скалата на GLASGOW - LIEGE задължително се отразява в документ “История на заболяването”.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Прави се на базата на серологична и PCR диагностика при установяване на положителни маркери за хепатитна вирусна инфекция:

- за остър вирусен хепатит В: HBsAg (+) + anti HBcAgIgM (+);
- за остър вирусен хепатит С:
 - поява на анти HCV (сероконверсия) до 2-ия месец (най-късно 6-ия м.) или
 - позитивиране на HCV PCR до 2-ия месец (най-късно 6-ия м.) при предхождащо негативно HCV PCR;
 - за остър цитомегаловирусен хепатит: анти IgM CMV;
 - за остър хепатит, причинен от HSV - анти IgM HSV;
- за остър вирусен хепатит неопределен:
 - липса на специфични серологични маркери за HAV, HBV, HCV.
 - липса нуклеинова киселина на HBV, HCV.

При остър вирусен хепатит С, при пациенти, подходящи за включване на интерфероново лечение задължително се извършва PCR диагностика. Пациента се насочва за започване на интерфероново лечение по реда за осъществяване в извънболничната помощ.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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:

- след изтекъл задължителен престой, съгласно нормативните документи;
- липса на астено-динамичен синдром;
- положителна динамика в биохимичните показатели;
- билирубин равен или по-малко от 100; АЛАТ - не повече от 500 UI;
- наличие на обективни данни за клинично подобрение (хепато-спленомегален синдром и други).

При наличие на решут при остър вирусен хепатит В (стойности на АЛАТ \geq 1000 МЕ) се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 5% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

При изписване болният получава писмени инструкции с диетичния режим. Диспансеризира и се наблюдава от специалист - инфекционист в рамките на 3 месеца до 1 година (според вида на хепатита – Наредба № 43 от 13.11.95 г.), съгласувано с ОПЛ, който издава болничен лист. При необходимост и по преценка се провеждат в първия месец от изписването до два контролни прегледа, включени в цената на клиничната пътека. При установяване на клинични данни за хроничен вирусен хепатит пациента се насочва за консултация с гастроентеролог с оглед предлагането му за специфична противовирусна терапия.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

**ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ОСТЪР ВИРУСЕН ХЕПАТИТ**

Както вече Ви е известно, Вие (детето Ви) сте заболели от остър вирусен хепатит. Това е заболяване на черния дроб, което представлява остро възпаление, причинено от вируси, които избирателно поразяват черния дроб. Появява се бързо, може да прогресира, да предизвика нарушения в чернодробната функция с всички неблагоприятни последици. Затова се налага приемането Ви в болница. Провеждането на лечение в домашни условия е рисково, тъй като трудно могат да се контролират в динамика венозните вливания (риск от инфекция), могат да се получат кървене от лигавиците, кръвоизливи по кожата, което налага непрекъснато лекарско наблюдение. При една част от болните настъпват нарушения в съзнанието, те са объркани, неадекватни. Може да се стигне до най-лошото – загуба на съзнание и хепатална кома, която е с голяма смъртност (90%). Ето защо наблюдението трябва да се извършва в болница от висококвалифициран и специализиран екип.

Вашият лекар е преценил, че за лечението и наблюдението Ви е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на специализирано хепатитно отделение или интензивно отделение, поради значителните нарушения от страна на черния дроб и тежестта на заболяването.

Докато трае Вашето лечение (на детето Ви) ще трябва да спазвате предписаните режим, диета и лекарства, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар за всички възникнали оплаквания или проблеми, които считате за важни.

Ще Ви бъдат направени различни изследвания, включително изследване за чернодробната функция, за бъбречната функция, ехография, биохимични изследвания на кръвта, пълна кръвна картина, вирусологични изследвания за установяване кой вирусен хепатит сте развили и кой е неговият причинител. При необходимост ще бъдат проведени допълнителни изследвания (рентген, микробиологични изследвания и пр.), за които допълнително ще бъдете информирани, за да дадете съгласието си да бъдат извършени.

Лечението Ви ще включва постелен режим, венозни вливания на глюкозо-левулозни разтвори, медикаменти, укрепващи черния дроб и други лекарства, които ще бъдат прилагани венозно или мускулно.

Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с моментната епидемиологична ситуация и с факта, че се намирате в инфекциозно отделение. По време на посещението на Вашите близки, лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние.

Наше задължение е да проследяваме здравословното Ви състояние от деня на приемане в болница, по време на престоя и от 3 месеца до една година след изписване в зависимост от типа на хепатита.

КП № 102 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРАЗИТОЗИ

Минимален болничен престой - 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Амебиаза

Включва: инфекция, предизвикана от *Entamoeba histolytica*

Не включва: други протозойни чревни болести (A07.—)

A06.0 Остра амебна дизентерия

Остра амебиаза

Чревна амебиаза БДУ

A06.1 Хронична чревна амебиаза

A06.2 Амебен недизентериен колит

A06.3 Амебом на чревния тракт

Амебом БДУ

A06.4 Амебен абсцес на черния дроб

Чернодробна амебиаза

A06.5† Амебен абсцес на белия дроб (J99.8*)

Амебен абсцес на белия дроб (и черния дроб)

A06.6† Амебен абсцес на главния мозък (G07*)

Амебен абсцес на главния мозък (и черния дроб)(и белия дроб)

A06.8 Амебна инфекция с друга локализация

Амебен:

- апендицит
- баланит† (N51.2*)

Други протозойни чревни болести

A07.1 Жиардиаза [ламблиаза]

A07.2 Криптоспоридиоза

Токсоплазмоза

Включва: инфекция, предизвикана от *Toxoplasma gondii*

Не включва: вродена токсоплазмоза (P37.1)

B58.1† Токсоплазмозен хепатит (K77.0*)

B58.2† Токсоплазмозен менингоенцефалит (G05.2*)

B58.3† Белодробна токсоплазмоза (J17.3*)

B58.8 Токсоплазмоза с увреждане на други органи

Токсоплазмозен:

- миокардит† (I41.2*)
- миозит† (M63.1*)

B59 Пневмоцистоза

Пневмония, предизвикана от *Pneumocystis carinii*

Шистозомиаза [билхарциоза]

Включва: охлювна треска

B65.0 Шистозомиаза, предизвикана от *Schistosoma haematobium* [уринарна шистозомиаза]

B65.1 Шистозомиаза, предизвикана от *Schistosoma mansoni* [чревна шистозомиаза]

B65.2 Шистозомиаза, предизвикана от *Schistosoma japonicum* [азиатска шистозомиаза]

Други трематодози

B66.3 Фасциолоза

Инвазия, предизвикана от *Fasciola*:

- *gigantica*
- *hepatica*
- *indica*

Инвазия, предизвикана от овчи чернодробен метил

Ехинококоза

Включва: еднокамерна [хидатидозна] ехинококоза

B67.0 Инвазия на черния дроб, предизвикана от *Echinococcus granulosus*

B67.1 Инвазия на белия дроб, предизвикана от *Echinococcus granulosus*

B67.3 Инвазия с друга локализация и множествена ехинококоза, предизвикана от *Echinococcus granulosus*

Тениоза

Не включва: цистицеркоза (B69.—)

B68.0 Инвазия, предизвикана от *Taenia solium*

Свинска тения (инфекция)

B68.1 Инвазия, предизвикана от *Taenia saginata*

Говежда тения (инфекция)

Инвазия, предизвикана от възрастна тения *Taenia saginata*

Цистицеркоза

Включва: цистицеркоза, предизвикана от личинковата форма на свинската тения *Taenia solium*

B69.0 Цистицеркоза на централната нервна система

B69.1 Цистицеркоза на окото

B69.8 Цистицеркоза с други локализации

Други инвазии, предизвикани от цестоди

B71.0 Хименолепидоза

Малка тения (инвазия)

Плъхова тения (инвазия)

Филариоза

Не включва: онхоцеркоза (B73)

тропическа (белодробна) еозинофилия БДУ (J82)

B74.0 Филариоза, предизвикана от *Wuchereria bancrofti*

Вухерериозна:

елефантиаза

филариоза

B74.1 Филариоза, предизвикана от *Brugia malayi*

B74.2 Филариоза, предизвикана от *Brugia timori*

B74.3 Лоаоза

Калабарски оток

Африканска болест, предизвикана от очен червей

Инвазия, предизвикана от *Loa loa*

B74.4 Мансонелоза

Инвазия, предизвикана от *Mansonella*:

ozzardi

perstans

streptocerca

B74.8 Други видове филариоза

Дирофилариоза

B75 Трихинелоза

Инвазия, предизвикана от *Trichinella species*

Трихиноза

Аскаридоза

Включва: аскаридоза

инвазия с кръгъл червей

B77.0 Аскаридоза с чревни усложнения

B77.8 Аскаридоза с други усложнения

Стронгилоидоза

Не включва: трихостронгилоидоза (B81.2)

B78.0 Чревна стронгилоидоза

B78.7 Дисеминирана стронгилоидоза

B79 Трихуриоза

Трихоцефалоза

Инвазия с камшичест червей

Други чревни хелминтози, некласифицирани другаде

Не включва: ангиостронгилоидоза, предизвикана от *Parastrongylus cantonensis* (B83.2)

B81.2 Трихостронгилоидоза

Други хелминтози

Не включва: капилариоза:

- БДУ (B81.1)

- чревна (B81.1)

B83.0 Висцерална форма на заболяване, предизвикано от миграция на личинките на хелминтите [висцерална *Larva migrans*]

Токсокариоза

Кодовете на диагнози към рубриките A06.5†, A06.6†, A06.8, B58.1†, B58.2†, B58.3†, B58.8, обозначени със знака (†) не могат да се използват самостоятелно, а изискват допълнителен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (*).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****805 Биопсия на лимфни структури**

30075-00

Не включва: аксиларен лимфен възел (30332-00 [808])

Биопсия на лимфен възел

Биопсия на лимфна структура

Не включва: скаленова лимфна биопсия (30096-00 [805])

Тази с лапароскопия/лапаротомия за стадиране на процеса:

- гинекологичен (35723 [810])

- лимфом (30384-00 [985])

- БДУ (35726-01 [985])

905 Фиброоптична колоноскопия

32090-00

Колоноскопия през артифициална стома

Фиброоптична колоноскопия до цекума

Дълга колоноскопия

Включва: оглед на илеума

Не включва: такава с:

- биопсия (32084-01 [911])

- полипектомия (32087-00 [911])

953 Ексцизионни процедури на черен дроб

30409-00

Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия

Затворена иглена чернодробна биопсия

Не включва: трансюгуларна чернодробна биопсия (90298-00 [953])

1560 Биопсия на други мускулно-скелетни точки

30075-01

Биопсия на меки тъкани

Включва: бурса

фасция

	мускул сухожиле
1960 Компютърна томография на гръден кош	
	Компютърна томография на гръден кош <i>Включва:</i> кост гърдна стена бял дроб медиастинум плевра <i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: • корем (56301-01, 56307-01 [1957]) • и таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • мозък (57001, 57007 [1957])
56301-00	Компютърна томография на гръден кош
1974 Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	Рентгенография на гръден кош <i>Включва:</i> бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум <i>Не включва:</i> такава на: • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гърдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
1973 Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-0)
2015 Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък <i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
90901-04	Магнитно резонансна томография на гръден кош <i>Включва:</i> сърце
90901-03	Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб <i>Включва:</i> гръбначен мозък
90901-07	Магнитно резонансна томография на крайници
90901-06	Магнитно резонансна томография на таз <i>Включва:</i> пикочен мехур простата
90901-08	Магнитно резонансна томография на друго място <i>Включва:</i> кръвоснабдяване на костен мозък
1825 Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1925 Паразитологични изследвания	
92182-03	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за

	паразитология
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
92184-03	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 паразитология
91937-03	Микроскопско изследване на кръв за паразитология <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
92186-03	Микроскопско изследване на проба от лимфен възел и/или лимфа за паразитология
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология
91912-01	Серологично изследване за трихинелоза
91912-02	Серологично изследване за токсоплазмоза
91912-03	Серологично изследване за ехинококоза
91912-09	Други паразитологични изследвания
1929 Вирусологични изследвания	
91911-19	Други вирусологични изследвания
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
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
1826 Невромускулна електродиагностика	
11012-00	Електромиография (ЕМГ) <i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1920 Приложение на фармакотерапия	
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) 	

	<ul style="list-style-type: none"> • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
	хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
	<i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинокциозен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p>
96199-09	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	<p>Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>
96197-09	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p>

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, което задължително включва: хематологични изследвания (91910-04, 91910-05), биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-19, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-29, 91910-30, 91910-33) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

С код 96197-02 се отчита прилагането на антипаразитни медикаменти.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологични/вирусологични/серологични/паразитологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" и трето ниво на компетентност за МКБ кодове: B74.0, B74.1, B74.2, B74.3, B74.4, B74.8 и B79. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

1. 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 инфекциозни болести, разполагаща с паразитологична структура
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

2. 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. Паразитологична лаборатория
2. ОАИЛ/КАИЛ
3. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
4. Клинична патология – на територията на населеното място
5. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- един лекар със специалност по инфекциозни болести;
- или
- един лекар със специалност по паразитология
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- един лекар със специалност по инфекциозни болести;
- или
- един лекар със специалност по паразитология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

Състоянията, определени като тежки, съгласно посочените критерии за тежест на състоянието, се лекуват само в специализирани структури по паразитни и тропически болести към клиники по инфекциозни болести от III-то ниво на компетентност.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с данни за:

- чревна амебиаза
- амебом на чревния тракт
- амебен абсцес на белия дроб
- трихинелоза – всички форми
- ехинококоза
- токсокароза
- шистозомиаза
- цистицеркоза
- аскаридоза
- пневмоцистоза
- стронгилодоза – с усложнения
- криптоспориоза – с усложнения
- трихоцефалоза

Диагностика и лечение на пациенти с паразитози, които не изискват спешна хоспитализация:

- остри неамебни чревни протозойни паразитози, включително ламблиоза и криптоспориоза
- ехинококоза
- тениаринхоза
- фасциолоза
- цистицеркоза
- трихостронгилоидоза
- стронгилоидоза
- хименолепидоза
- тениоза
- филариоза
- токсоплазмоза

Индикациите се определят според специфичната симптоматика.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-биологични изследвания се извършва до края на болничния престой. Образно изследване се провежда до края на болничния престой.

Остра чревна амебиаза: антитрихомоназни и антималярини средства (амебицидни препарати).

Амебен чернодробен абсцес: антитрихомоназни средства.

Токсоплазмоза: антималярини средства, фолиева киселина или линкозамини, макролиди или химиотерапевтици.

Трихинелоза и Токсокароза: антинематодни средства.

Ехинококоза: антинематодни средства. Болнично лечение на ехинококозата се провежда в началото при започване на химиотерапията, след което продължава при свободен режим, както и по преценка на лекуващия лекар по хода на лечението.

Фасциолоза – противопаразитна терапия.

Тениаринхоза – противопаразитна терапия.

Шистозомиаза, Цистицеркоза и Хименолепидоза – противопаразитна терапия

Аскаридоза - антинематодни средства.

Пневмоцистоза – химиотерапевтици.

Трихостронгилоидоза и Стронгилоидоза- антинематодни средства.

Жиардиаза (ламблиоза) - антитрихомоназни средства или антинематодни средства.

Криптоспоридиоза – макролиди.

КРИТЕРИИ ЗА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО

Амебиаза – за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ10 - A06.3, A06.4, A06.5, A06.6 и A06.8.

Други протозойни чревни болести (Жиардиаза, Криптоспориидоза) – изразен диаричен синдром и дисеминирана форма на криптоспориидоза в съчетание с ХИВ/СПИН.

Фасциолоза – тежко засягане на черния дроб.

Ехинококоза – за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ-10 B67.3 и всички случаи на спонтанна или травматична руптура на ехинококова киста, независимо от нейната локализация.

Трихинелоза – клинични форми на заболяването по Pawlowski (1983).

Клинична форма - Показатели	Безсимптомна	Абортивна (атипична)	Лека	Средна	Тежка
Основни симптоми (фебрилитет, миалгия, оточност)	-	Олигосимптомна (за няколко дни)	Леко изразени симптоми	Добре изразени симптоми	Интензивно изразени симптоми
Температура	-	-	под 38°C до 1 седмица	над 38°C до 2 седмици	над 39°C повече от 2 седмици
Еозинофилия 0.04	преходна	често	почти винаги	винаги	може да липсва
Серологични тестове (след 4-8 седмици)	пол. (+)	пол. (+)	пол. (+)	пол. (+)	пол. (+)
Оздравяване	-	-	за 3 седмици	5-7 седмици	над 7 седмици
Усложнения	-	-	-	рядко, преходни	чести

Токсоплазмоза - за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ10 - B58.1†, B58.2†, B58.3†, B58.8, дисеминирана токсоплазмоза.

Шистозомиаза – тежко засягане на урогениталния тракт и храносмилателната система, определят всички случаи като тежки.

Тениоза – кодове по МКБ10 – B68.0 и B68.1 са без тежки клинични форми.

Цистицеркоза - за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ10 – B69.0 и B69.1

Други инвазии, предизвикани от цестоди (Хименолепидоза) – заболяването протича без тежки клинични форми.

Аскаридоза - за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ10 – B77.0 и B77.8

Стронгилоидоза - за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ10 – B78.7, особено в случаи на асоциация с HIV/ СПИН, както и в случаи с изразен диаричен синдром.

Други чревни хелминтози, некласифицирани другаде (Трихостронгилоидоза) – заболяването протича без тежка клинична симптоматика.

Висцерална форма на заболяване, предизвикано от миграция на личинките на хелминтите (Токсокароза) – за тежки клинични форми се приемат случаите със засягане на зрителния апарат, ЦНС и дисеминирани форми.

*При алергични прояви в хода на лечението на всички паразитози се добавя кортикостероид. При нужда се включва и антибиотично лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на паразитологични (морфологични и/или серологични) изследвания и инструментални методи.

5. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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:

- липса на фебрилитет, миалгия, оточност и диаричен синдром;
- наличие на обективни данни за пълно клинично оздравяване и/или с подобрене;
- отрицателен резултат за паразити и/или параклинични показатели с подобрене на стойностите.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

АМЕБИАЗА

Типична за амебиазата клинична картина, характеризираща се с диарийни изпражнения с примеси от слуз и кръв, болки в корема и загуба на апетит при острата чревна амебиаза, и с различна органна симптоматика в зависимост от локализацията на процеса при извънчревна амебиаза.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на трофозоити и цисти на *Entamoeba histolytica* в изпражненията.

Доказване на трофозоити на *Entamoeba histolytica* в биопсичен материал от язви в дебелото черво.

Доказване на специфичен анти тяло-отговор (РИФ, РПХА, ELISA, НИЕФ).

АСКАРИДОЗА

Типична за аскаридозата клинична картина, характеризираща се в миграционния стадий с белодробен и алергичен синдром, а в чревния - с диспептичен синдром. Възможни са усложнения - обтурационен илеус, панкреатит, перитонит, холостаци, апендицит и др.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на яйцата на *Ascaris lumbricoides* в изпражненията.

Доказване на възрастния паразит - спонтанно излязъл или в изпражнения.

ЕХИНОКОКОЗА

Заболяване с клинична картина, характерна за ехинококозата, която може да се прояви с различни клинични синдроми, вариращи в зависимост от размера на кистите и тяхната локализация.

Лабораторни критерии за диагноза:

Патохистология.

Комбинация от методи за образна диагностика и серологични тестове (например пасивна хемаглутинация, ELISA, имунодифузия, имуноблот).

КРИПТОСПОРИДИОЗА

Типична за криптоспоридиозата клинична картина, характеризираща се с диария, болки в корема, загуба на апетит, гадене и повръщане.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на ооцисти на *Cryptosporidium* в изпражненията.

Доказване на *Cryptosporidium* в чревно съдържимо или в биопсичен материал от тънкото черво.

Доказване на антиген на *Cryptosporidium* в изпражненията.

ТОКСОПЛАЗМОЗА

Протозойно заболяване, което се проявява като остро заболяване с един или повече от следните симптоми: лимфаденопатия, енцефалит, хориоретинит, дисфункция на централната нервна система. Възможно е също да възникне и конгенитална инфекция с хидроцефалия, микроцефалия, интрацеребрални калцификати, конвулсии, мозъчно изоставане.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на специфичен анти тяло-отговор срещу *Toxoplasma*.

Доказване на причинителя в тъкани или телесни течности или изолиране в животни или клетъчна култура.

Доказване на наличието на нуклеинова киселина на *Toxoplasma*.

ТРИХИНЕЛОЗА

Заболяване, причинено от поглъщане на ларвите на *Trichinella*. Заболяването има различни клинични прояви. Обичайните белези и симптоми при болните с клинична картина включват еозинофилия, температура, миалгия и периорбитален едем.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване наличието на ларви на *Trichinella* в тъкани, взети при мускулна биопсия.

Доказване на специфичен анти тяло-отговор срещу *Trichinella*.

ХИМЕНОЛЕПИДОЗА

Типична за хименолепидозата клинична картина, характеризираща се с диспептичен синдром.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на яйца на *Hymenolepis nana* в изпражненията.

КП № 103 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПОКРИВНИ ИНФЕКЦИИ

Минимален болничен престой - 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Антракс

Включва: инфекция, предизвикана от *Bacillus anthracis*

A22.0 Кожна форма на антракс

Злокачествен(-а):

- карбункул
- пустула

A22.1 Белодробна форма на антракс

Респираторна форма на антракс

Болест на вехтошарите

Болест на сортировчиците на вълна

A22.2 Стомашно-чревна форма на антракс

A22.7 Септицемия при антракс

A22.8 Други форми на антракс

Менингит при антракс† (G01*)

Сап и мелиоидоза

A24.0 Сап

Инфекция, предизвикана от *Pseudomonas mallei*

A24.1 Остра и фулминантна мелиоидоза

Мелиоидозна:

- пневмония
- септицемия

A24.2 Подостра и хронична мелиоидоза

A24.3 Друга уточнена мелиоидоза

A24.4 Мелиоидоза, неуточнена

Инфекция, предизвикана от *Pseudomonas pseudomallei* БДУ

Болест на Whitmore

Треска при ухапване от плъх

A25.0 Спирилоза

Содоку

A25.1 Стрептобацилоза

Епидемична артритна еритема

Хейвърхилска треска

Еризипелойд

A26.0 Кожен еризипелойд

Мигрираща еритема

A26.8 Други форми на еризипелойд

Други бактериални зоонози, неклассифицирани другаде

A28.1 Треска от одраскване от котка

Болест на котешкото одраскване

A35 Други форми на тетанус

Тетанус БДУ

Не включва: тетанус (на):

- новороденото (A33)
- акушерски (A34)

Бяс

A82.0 Горски бяс

A82.1 Градски бяс

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
805 Биопсия на лимфни структури	
30075-00	<p><i>Не включва:</i> аксиларен лимфен възел (30332-00 [808])</p> <p>Биопсия на лимфен възел</p> <p>Биопсия на лимфна структура</p> <p><i>Не включва:</i> скаленова лимфна биопсия (30096-00 [805])</p> <p>Тази с лапароскопия/лапаротомия за стадиране на процеса:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гинекологичен (35723 [810]) • лимфом (30384-00 [985]) • БДУ (35726-01 [985])
1974 Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	<p>Рентгенография на гръден кош</p> <p>Включва: бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум</p> <p><i>Не включва:</i> такава на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	<p>Друга електрокардиография [ЕКГ]</p> <p><i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода</p>
1850 Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
1926 Микробиологични изследвания	
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
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 хракча за култура и чувствителност
91913-10	Други микробиологични/микроскопски изследвания
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91935-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност
1929 Вирусологични изследвания	
91911-19	Други вирусологични изследвания
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
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-05	Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин
1920 Приложение на фармакотерапия	
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на: <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741]) <i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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])
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоиноктиозен агент <i>Виж допълнителни знаци</i>
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • 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])

96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96203-02	Перорално прилагане на фармакологичен агент - противоифекциозен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва: хематологични изследвания (91910-04, 91910-05, 91910-07) и/или биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-19, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-29, 91910-30, 91910-33), и/или хемостазеологичен статус (91910-08, 91910-09, 91910-10, 91910-11) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Кодове на болести: **A35; A82.0 и A82.1** могат да се отчетат с една диагностична и две терапевтични процедури.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички показатели от двата блока, включващи: ПКК и/или биохимия и/или хемостазеологичен статус и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни с кодове по МКБ-10 A35, A82.0 и A82.1. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт .

1. 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 инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. ОАИЛ/КАИЛ*
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

* За изпълнението на тази клинична пътека в клиника по инфекциозни болести, се допуска дейността на липсващото структурно звено ОАИЛ/КАИЛ на територията на ЛЗБМП, да бъде осигурено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място.

2. 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. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на населеното място
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за тетанус при:

- данни за предшестващо нараняване, съмнително за инфекция от тетанус;
- неспокойствие, адинамия, танатофобия, главно промени в раната - парене, "мравучкане", болки като от преминаване на електричен ток през нея дори когато раната е оздравяла;
- повишен мускулен тонус - тризмус, лодковиден корем, ригидност на гръбначната мускулатура;
- висок фебрилитет, силно изпотяване, гърчова симптоматика.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за антракс при:

- данни за контакт с болни от антракс животни;
- данни за контакт с животни от ендемичен район;
- сърбяща папула/пустула, наличие на възпалителен вал, поява на "дъщерни" везикули, липса на усет за болка, лимфонулит, лимфангит;
- едема малигнум;
- силни болки в корема, гадене, повръщане, чести изхождания на рядко-кашави и воднисти материи с примес на много кръв и слуз, развитие на ТИШ;
- бодежи в гърдите, задух, кашлица с вадене на кървави храчки, обща интоксикация, развитие на ОДН;
- септично състояние с полиорганно засягане и хемодинамичен срив.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за фелиноза при:

- данни за налично одраскване или ухапване от котка (по-рядко куче) или убождане с предмет, замърсен с тяхна слюнка;
- наличие на папулка/пустула/круста, регионален лимфонулит;
- генерализирана лимфонулопатия.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за бяс:

- епидемиологични показания – ухапване или ослюнчване от бясно и съмнително бясно животно;
- болка, парестезии, оток и зачервяване на мястото на ухапването;
- висок фебрилитет (40-41°C);
- психична възбуда;
- парези и парализи на черепно мозъчни нерви и/или крайници и/или булбарни парализи.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 1 час от началото на хоспитализацията.

ТЕТАНУС

Етиологичното лечение на тетануса включва:

- хиперимунен антитетаничен човешки имуноглобулин в дози 6000 до 10000 Е мускулно;

- при липса на горе посочения – антитоксичен противотетаничен хетероложен (конски) серум в дози от 100 до 200000 Е мускулно по метода на Безредка - еднократно или неколkokратно, в зависимост от състоянието на болния (има ефект в първите 6 дни от началото на заболяването). При много тежко болни може да се приложи и интравенозно и интратекално, с вземане на всички мерки за предпазване от анафилактичен шок.

Тетаничен токсид по схемата на Моларет – на 1-ви, 3-ти, 7-ми и 20-ти ден от началото по 0,5 мл, подкожно или мускулно и след 3 месеца реимунизация.

Антибиотици – пеницилини 7 – 10 дни.

Алтернативен препарат – Цефалоспорины II – III ред 7 – 10 дни.

Патогенетично лечение:

- седиране на болния;
- опит за мускулна релаксация и невроплегия.

Поддържане на водно-солевата обмяна, корекция на хипокалиемията, оксигенация.

СЕРОТЕРАПИЯ и профилактични мерки

- пълна и точна анамнеза за реактивността на пациента спрямо серуми и алергични прояви;

- проверка за поносимост към конкретния серум, който ще се прилага;

- 0,1 мл серум разреден в 100 мл физиологичен разтвор - интрадермално инжектиране; след 30 мин се отчита реакция.

При липса на реакция:

Серумът се инжектира на няколко пъти - 0,5мл, след 30 мин - 1,0 мл, след 30 мин - 2,5 мл, след това цялото дозирано количество.

При наличие на реакция:

Провежда се метода на десенсибилизация по **метода на Безредка**.

АНТРАКС

Етиологичното лечение на антракса включва:

- противоантраксен антибактериален хетероложен серум – в доза 50-100-150 мл по метода на Безредка;

- антибиотици – пеницилини – 7 – 10 до 15 дни.

Алтернативен препарат – хинолони, тетрациклини.

Патогенетично лечение:

- борба с ОДН, дехидратацията, промените в КАМ;
- поддържане на хемодинамиката.

Болните от антракс задължително се хоспитализират в инфекциозно отделение и се прилагат всички противоепидемични мерки за ООИ.

ФЕЛИНОЗА

Етиологичното лечение на фелинозата включва:

Антибиотици – аминогликозиди за 7 дни;

Алтернативен препарат – хинолони или II-III генерация цефалоспорины – за 7 дни.

БЯС

- обработка на раната;

- хиперимунен противобесен гама-глобулин.

Патогенетично и симптоматично лечение.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на епидемиологични, клинични и микробиологични данни.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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:

- наличие на обективни данни за клинично подобрене и/или възстановяване;
- поставяне на коректна диагноза;
- корекция на жизнени показатели;
- корекция на отклоненията в лабораторните показатели.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

АНТРАКС

Дихателна форма

След вдишване на *Bacillus anthracis* и кратък продромален период се развива остро респираторно заболяване с висока температура, хипоксия, диспнея и рентгенологични данни за разширяване на медиастинума.

Кожна форма

Кожна лезия, еволюираща от папула, след това везикула до тъмна хлътнала коричка, около която има оток. Лезията обикновено не е болезнена, но може да има общи оплаквания (висока температура и неразположение).

Гастро-интестинална форма

След консумация на сурова контаминирана храна се развива синдром на силни абдоминални болки, диария, висока температура и сепсис.

Лабораторни критерии за диагноза

Изолиране и доказване на *B. anthracis* в проби, взети от нормално стерилни места (например кръв или ликвор) или от лезии на други засегнати тъкани (кожа, бял дроб, черва)

Комбинация от следните два спомагателни лабораторни теста:

- доказване на ДНК на *B. anthracis* (например чрез PCR) в проби, взети от нормално стерилни места (например кръв или ликвор) или от лезии на други засегнати тъкани (кожа, бял дроб, черва);
- доказване на *B. anthracis* в клинична проба от засегнатия тъкан (кожа, бял дроб, черва) чрез имунохистохимично оцветяване.

БЯС

Заболяване, което се характеризира с остър енцефаломиелит, който почти винаги прогресира до кома или смърт в рамките на 10 дни след първия симптом.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване чрез директен метод с флуоресциращи антитела на вирусен антиген в клинична проба (за предпочитане от мозък или от нервите около космените фоликули на тила и врата).

Доказване на нуклеинова киселина на вируса на беса в клинична проба.

Изолиране (на клетъчна култура или на лабораторно животно) на вируса на беса от слюнка, ликвор или тъкан от централната нервна система.

Доказване на вирус-неутрализиращи антитела (пълна неутрализация) в серума или ликвора на неваксинирано лице.

ТЕТАНУС

Заболяване, което се характеризира с типична клинична картина, например остро начало с повишен мускулен тонус и/или болезнени контракции (обикновено на мускулите на челюстта и врата) и генерализирани мускулни спазми без други явни медицински причини.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване наличието на антитела срещу тетаничен токсин при неваксиниран и нелекуван пациент.

Доказване специфичен антиядло-отговор срещу тетаничен токсин.

КП № 104 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА КОНТАГИОЗНИ ВИРУСНИ И БАКТЕРИАЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ - ОСТРО ПРОТИЧАЩИ, С УСЛОЖНЕНИЯ

Минимален болничен престой - 3 дни

При диагнози U07.1 COVID-19 и U07.2 COVID-19 минималният болничен престой продължава до края на диагностично-лечебния процес или постигане на състояние „клинично здрав“ за пациента и/или до края на въведения карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Дифтерия

- A36.0 Дифтерия на фаринкса**
Дифтерийна мембранозна ангина
Тонзиларна дифтерия
- A36.1 Назофарингеална дифтерия**
- A36.2 Ларингеална дифтерия**
Дифтериен ларинготрахеит
- A36.3 Дифтерия на кожата**
Не включва: еритразма (L08.1)
- A36.8 Друга дифтерия**
Дифтериен:
• конюнктивит† (H13.1*)
• миокардит† (I41.0*)
• полиневрит† (G63.0*)

Коклюш

- A37.0 Коклюш, предизвикан от *Bordetella pertussis***
- A37.1 Коклюш, предизвикан от *Bordetella parapertussis***
- A37.8 Коклюш, предизвикан от друга уточнена *Bordetella***
- A38 Скарлатина**
Не включва: стрептококова ангина (J02.0)

Други бактериални болести, неklasифицирани другаде

- Не включва:** актиномицетоза (B47.1)
- A48.1 Болест на легионерите**
- A48.2 Болест на легионерите без пневмония [треска Pontiac]**

Лещенка [varicella]

- B01.2† Варицела с пневмония (J17.1*)**
- B01.8 Варицела с други усложнения**

Херпес зостер [herpes zoster]

- Включва:** херпес зостер
zona
- B02.7 Дисеминирана херпес зостер инфекция**
- B02.8 Херпес зостер с други усложнения**

Брусница

- Включва:** morbilli
- Не включва:** подостър склерозиращ паненцефалит (A81.1)

- B05.2† Брусница, усложнена с пневмония (J17.1*)**
Постморбилиозна пневмония
- B05.4 Брусница с интестинални усложнения**

Рубеола [немска брусница]

неуточнени или вирусът
не е идентифициран

- фарингит
- плеврален излив

U07.1 COVID-19 - идентифициран вирус

Този код се използва, когато COVID-19 е потвърден чрез лабораторно изследване, независимо от тежестта на клиничните признаци или симптоми. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.

Не включва:

- коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2)
- коронавирус като причина за болести, класифицирани другаде (B97.2)
- тежък остър респираторен синдром (SARS)
- неуточнен (U04.9)

U07.2 COVID-19 - неидентифициран вирус COVID-19 БДУ

Този код се използва, когато COVID-19 е диагностициран клинично или епидемиологично, но лабораторните изследвания са неубедителни или не са налични. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.

Не включва:

- коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2) COVID-19
- потвърден чрез лабораторно изследване (U07.1)
- специално скринингово изследване за откриване на други вирусни болести (Z11.5)
- наблюдение при съмнение за други болести или състояния (Z03.8)

Кодовите на диагнози към рубриките A36.8, B01.2†, B05.2†, B06.8, B26.0†, B26.3† и B26.8, обозначени със знака (†) не могат да се използват самостоятелно, а изискват допълнителен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (*).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

30 Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

1952 Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
 - лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
 - средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
 - орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
 - питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

1960 Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост

	<p>гърдна стена бял дроб медиастинум плевра</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • корем (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • мозък (57001, 57007 [1957])
56301-00	Компютърна томография на гърден кош
1974 Друга рентгенография на гърден кош	
58500-00	<p>Рентгенография на гърден кош</p> <p><i>Включва:</i> бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум</p> <p><i>Не включва:</i> такава на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гърдна кост (58521-00 [1972]) • гърден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
1943 Ултразвук на корем или таз	
55036-00	<p>Ултразвук на корем</p> <p><i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт</p> <p><i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</p>
1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1934 Други лабораторни изследвания	
92182-07	Общо изследване на ликвор
	Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити
92182-05	Друго микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор
	Определяне на специфични IgG антитела срещу <i>Borrelia burgdorferi</i> в ликвора
	Определяна на общи IgG в ликвора
91939-03	Друго микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс
	<i>Включва:</i> изследване на назофарингеален секрет при грип
91919-00	Микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан
	Капиляроскопия
	Друго морфологично изследване
91935-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност
1926 Микробиологични изследвания	
92182-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка
92182-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
	<i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

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
91913-10	Други микробиологични/микроскопски изследвания
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1929 Вирусологични изследвания	
91922-01	Серологично изследване на антитела за рубеола при <u>бременни (IgM, IgG)</u>
91922-02	Серологично изследване на IgM антитела за морбили <u>при бременни</u>
91922-07	Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
91911-19	Други вирусологични изследвания
1930 Имунологични изследвания	
91923-08	Изследване на антистрептолизин титър (AST) <i>Включва:</i> при ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции
91923-09	Изследване за инфекциозна мононуклеоза
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
и/или	
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
569 Вентилаторно подпомагане	
Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия Променлива задължителна вентилация [IMV] Инвазивна вентилация Механична вентилация Налягане с позитивен експираторен край Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]	

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
 - асистирано дишане
- механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
 - назална
 - орална
 - трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифектиозен агент

Виж допълнителни знаци

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, противоифектиозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва: хематологични изследвания (91910-04, 91910-05, 91910-07) и/или биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-19, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-29, 91910-30, 91910-33), и/или хемостазеологичен статус (91910-08, 91910-09, 91910-10, 91910-11) и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

За диагнози Рубеола, Епидемичен паротит и Брусница е задължително извършването на серологично изследване.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират показателите от двата блока, включващи: ПКТ и/или биохимия и/или хемостазеологичен статус и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в „История на заболяването“.

При обявена епидемична обстановка със заповед на министъра на здравеопазването, пациентите се хоспитализират с диагноза от рубрики „Грип предизвикан от вирус на грипа“.

При обявена епидемична обстановка със заповед на министър на здравеопазването и в случай на издадена заповед от министъра здравеопазването или директора на РЗИ за карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури от него, всички лица – пациенти, придружители, персонал и др., които към момента на въвеждането на карантинен режим на работа са в лечебното заведение или в съответната структура, се хоспитализират (поставят под карантина) в същото.

Изисквания при обявена епидемична обстановка със заповед на министъра на здравеопазването по повод на инфекция с COVID-19:

1. Пациенти с инфекция с COVID-19 се хоспитализират по една от следните клинични пътеки с №39 или № 48 или 104;
2. Пациенти с бронхопневмония или бронхиолит, предизвикани от COVID-19, се хоспитализират по клинична пътека № 39 или № 48;
3. Пациенти без бронхопневмония или бронхиолит, но с инфекция от COVID-19 се хоспитализират по клинична пътека № 104;
4. В случай на издадена заповед от РЗИ за карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури се осъществява само по клинична пътека № 104;
5. Лечебното заведение може да отчете само една от следните клинични пътеки с № 39 или № 48, или № 104, в рамките на същия отчетен период, при лечението на пациент по повод на инфекция с COVID-19.

При отчитане на заболяване, причинено от COVID-19 с код U07.1, изпълнителят задължително отчита и основна процедура с код: ВСМД „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ (код 92191-00) или тест за откриване на антиген на SARS-CoV-2 (код 92191-01). Високоспециализираното медико – диагностично изследване „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ може да бъде отчетено, независимо в кое лечебно заведение, определено със заповед на министъра на здравеопазването и има сключен договор с НЗОК е извършено.

При инфекция с COVID-19 основна процедура Компютърна томография на гръден кош с код (56301-00 - Компютърна томография на гръден кош) се извършва по преценка на лекуващия лекар, при спазване на следните критерии:

1. Конвенционална рентгенография на белите дробове е достатъчна като първи метод на избор при лабораторно потвърдени пациенти със симптоматика от страна на дихателната система.

2. Компютърна томография на гръден кош се провежда при лабораторно потвърдени пациенти със симптоматика от страна на дихателната система и негативен/неубедителен резултат от конвенционалната рентгенография.

3. Конвенционална рентгенография на белите дробове е достатъчна при симптомни, лабораторно непотвърдени пациенти.

4. Компютърна томография на гръден кош се провежда при средно и тежко болни пациенти, показващи белези на усложнение. Като се има предвид високата вероятност за влошаване на бъбречната функция от приложението на йод-базирани контрастни материи, контраст-усилената КТ трябва да се преценява при анализ полза/риск. Контраст-усилените протоколи са показани при съмнение за БТЕ, системни емболии или хеморагии.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни с кодове по МКБ A36, A37, A48, B01.2 и B01.8 (с пневмония и мозъчен оток). Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

1. 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. Инфекциозна клиника/отделение
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

За кодове на заболявания J10.1; J11.1; B05.2 и B05.4 в условия на епидемия на територията на дадена област, когато на територията на областта няма разкрита инфекциозна клиника/отделение, болните могат да бъдат хоспитализирани в ЛЗ от съответната област разполагащо с детско отделение и/или терапевтична клиника/отделение с разкрити легла за изолация на инфекциозно болни (със самостоятелен санитарен възел). Посоченото изключение е допустимо само за периода на епидемията.

2. 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. ОАИЛ/КАИЛ
2. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
3. Клинична патология – на територията на населеното място
4. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

За провеждане на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по време на въведените от министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна, лечебното заведение следва да е посочено в заповед на министъра на здравеопазването като изпълнител, съответно да има сключен договор с НЗОК.

В случай, че лечебното заведение не е изпълнител на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по договор с НЗОК, е необходимо да представи договор с друго лечебно заведение, посочено в заповед на министъра на здравеопазването, съответно сключило договор с НЗОК.

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти със скарлатина при:

Средно-тежки и тежки форми: с изразен токсинфекциозен синдром; септични или токсични прояви; токсикосептични – некротична ангина, регионален лимфонулит, синусит, отит, мастоидит, септични разсейки в ставите и вътрешните органи, токсични миокардити и хепатити. Алергични – късен миокардит, скарлатинен ревматоид, ревмокардит, остър гломерулонефрит и др.

Диагностика и лечение на пациенти с дифтерия:

При всички локализации и типични форми като: ангинозна форма, разпространена и локализирана дифтерия на тонзилите, дифтерия на ларинкса (круп), вкл. назофарингит, фарингит и др. органични изяви.

Хоспитализират се и заразноносителите на дифтерийни бактерии.

При типичните форми – постепенно начало, поява на фибринозни налепи по лигавиците, които при опит за снемане кървят, регионален лимфаденит, оток, груба лаеща кашлица, инспираторна диспнея, афония, стеноза, отделяне на серозни или слизесто-кръвенисти секрети от носа, затруднено носово дишане, конюнктиви, покрити с плътен фибринозен трудноснемаш се налеп и др. в зависимост от локализацията.

Диагностика и лечение на пациенти с коклюш:

Всички кърмачета до 1 година независимо от клиничната форма.

Тежки клинични форми с:

- апноични паузи застрашаващи с асфиксия;
- честота на кашличните пристъпи над 10/24 часа;
- тежка хипоксия и хипоксемия;
- гърчове.

Усложнени форми:

- пневмонии;
- коклюшна енцефалопатия.

Пациенти с придружаващи: хронични белодробни заболявания, ТБК, хипотрофия, недоносеност, вродени аномалии, муковисцидоза, злокачествени хемопатии.

Епидемиологични индикации – затворени колективи.

Диагностика и лечение на пациенти с варицела:

Токсико-инфекциозен синдром, екзантем, енантем, пневмонит, пустулизация на ефлоресценциите, хеморагичен синдром, свръхостри форми с развитие на ТИШ и ДИК синдром, дихателна недостатъчност.

Диагностика и лечение на пациенти с рубеола при:

Фебрилитет, лимфонулит, екзантем, артрит, хеморагичен синдром, тромбопенична пурпура.

Диагностика и лечение на пациенти с паротит:

Фебрилитет, панкреатит, тиреоидит, орхит, епидидимит, простатит, оофорит, салпингит и други органни локализации.

Диагностика и лечение на пациенти с морбили при:

Токсико-инфекциозен, катарален синдром, респираторен, макуло-папулозен екзантем, хеморагични прояви, ларинготрахеит и бронхо-диспнеичен синдром;

- изолация и лечение по епидемиологични показания - на болни, живеещи в затворени колективи.

Диагностика и лечение на пациенти с херпес зостер при:

- дисеминиран херпес зостер;
- херпес зостер на главата;
- прибавена вторична бактериална инфекция и др.

Диагностика и лечение на пациенти с друга вирусна инфекция:

- при тежък токсикоинфекциозен синдром и/или клинични и неврологични прояви на мозъчен оток и/или синдром на менинго-радикулерно дразнене и/или хеморагичен обрив. При необходимост се извършва консултация със специалист по "Детски болести".

Диагностика и лечение на пациенти с грип и други типове и подтипове на грипните вируси при:

При обявена епидемична обстановка със заповед на министъра на здравеопазването – диагностика и лечение на пациенти с грип и други типове и подтипове на грипни вируси, както и при U07.1 COVID-19 и U07.2 COVID-19, пациентите постъпват за болнично лечение при наличие поне на три от следните индикации:

- температура над 38,5 °C;
- симптоми на остра респираторна инфекция;
- пневмония;
- епидемиологични данни за възможен контакт.

Епидемиологични критерии: наличие на поне един от следните три информации в седемдневния период преди началото на болестта:

1. Контакт с лице с потвърден случай на заразяване с нов грипен вирус или COVID-19;
2. Лице, което е пътувало до място (пребивавало в място), в което е документирано трайно предаване от човек на човек на новия грипен вирус или COVID-19 и съответната държава е обявила епидемия;
3. Болно от респираторна инфекция лице, работещо в лаборатория, в която се изследват проби от новия грипен вирус или COVID-19.

На основание само на епидемиологични данни, пациентите подлежащи на карантинен режим, се карантинират у дома.

При наличие на заповед на министъра на здравеопазването или директора на РЗИ за карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури от него, всички лица – пациенти, придружители, персонал и др., които към този момент са в лечебното заведение, се хоспитализират (поставят под карантина) в същото. За лицата, поставени под карантина, които не се нуждаят от лечение, клиничната пътека може да се отчете минимум с изследване (кодове: 91922-07, 91923-08, 91923-09, 91911-19-19), доказващо или отхвърлящо наличието на инфекция, и приложение на друго лечебно или профилактично вещество. Профилактичното вещество може да се приложи перорално.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва в рамките на болничния престой, като отчитането на случаите се извършва след получаването на лабораторните резултати.

Скарлатина

Пеницилини– 5 до 10 дни.

При доказана свръхчувствителност лечението може да се проведе с макролиди. Патогенетични и симптоматични средства: при нужда вливания на глюкозо-солеви разтвори, глюкокортикостероиди, кардиотоници, витамини, антипиретици и др.

Дифтерия

Прилага се противодифтериен серум:

При локализирана дифтерия на гърлото се назначават средно 500 АЕ/кг тегло; при разпространена форма – 1 000 АЕ/кг тегло; при токсична форма – 1 500 – 2 000 АЕ/кг тегло; при круп - 1 000 АЕ/кг; при дифтерия на носа – 200 – 300 АЕ/кг тегло. Антибиотично лечение: пеницилини до 10 дни или макролиди, цефалоспорици III генерация. При круп - кортикостероиди 3-5 mg/kg тегло, интубация или трахеостомия – при нужда, кислород, топли процедури, инхалации с натриев бикарбонат. При дифтериен миокардит стрихнин 1 – 3 mg/kg тегло.

Коклюш

Етиологичното лечение:

Антибактериални средства: макролиди и аминогликозиди.

При усложнени и тежки форми – цефалоспорици от III генерация.

Патогенетично лечение – корекции на АКР, глюкокортикостероиди 1-2 mg/kg, кислородотерапия, витамини.

Симптоматичното лечение включва експекториращи средства, ефедрин.

При варицела:

- етиологично лечение – вирусостатици;
- имунопрепарати:
- имуновенин – 1 ml/kg тегло и. венозно.
- антибиотично лечение – при усложнени случаи с наслагване на бактериална инфекция – прилагат се широкоспектрни антибиотици, пер ос или парентерално, в дозировки съобразени с тежестта на инфекцията
- патогенетична терапия – водно – електролитни разтвори, глюкоза, хемостатици, кардиотоници, бронходилататори, кислородотерапия и др.
- симптоматични средства – антипиретици, аналгетици, секретолитици и др.;
- локални средства.

При рубеола:

- няма етиологично лечение;
- приложение на патогенетични, симптоматични и локални средства.

При морбили:

- няма етиологично лечение;
- приложение на патогенетични, симптоматични и антибиотик по преценка.

При паротит:

- няма етиологично лечение;
- антибиотично лечение – при усложнения, прилагани в съответни дозировки;
- патогенетична – кортикопрепарати, глюкозо-левулозни р-ри, ензимен инхибитор и др.;
- симптоматични средства;
- локални средства.

Херпес зостер:

етиологично лечение – вирусостатици;

- имунопрепарати:

- човешки имуноглобулин за венозно приложение – 1 ml/kg тегло.

- антибиотично лечение – при усложнени случаи с наслагване на бактериална инфекция – прилагат се широкоспектрни антибиотици, пер ос или парентерално, в дозировки съобразени с тежестта на инфекцията

- патогенетична терапия – водно – електролитни разтвори, глюкоза, хемостатици, кардиотоници, бронходилататори, кислородотерапия и др.

- симптоматични средства –антипиретици, аналгетици, секретолитици и др.

- локални средства.

Друга вирусна инфекция:

Глюкозо-солеви разтвори i.v., антиедемна терапия, симптоматична терапия, антиалергична терапия.

Грип:

Според препоръките на СЗО от 07.07.2009г., не се изисква лабораторно потвърждение за обявяване на случай с нов човешки грипен вирус. Диагнозата грип и други типове и подтипове на грипните вируси, се приема при всяко лице, отговарящо на клиничните и епидемиологичните критерии, или при потвърждаване на диагнозата с PCR за грип или друг утвърден от СЗО метод за етиологична диагностика.

Етиологично лечение – инхибитори на невраминидазата, при показания.

Антибиотично лечение – при усложнени случаи с наслагване на бактериална инфекция – прилагат се широкоспектрни антибиотици, пер ос или парентерално, в дозировки съобразени с тежестта на инфекцията.

Патогенетична терапия – водно-електролитни разтвори, глюкоза, хемостатици, кардиотоници, бронходилататори, кислородотерапия и др.

Симптоматични средства – антипиретици, аналгетици, секретолитици и др.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на микробиологични, вирусологични и/или серологични изследвания, епидемиологичните, клиничните и параклиничните данни.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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:

- трайна липса на фебрилитет – поне 2 дни;
- приключване на медикаментозното лечение;
- обратно развитие на клиничните симптоми;
- положителна динамика в клинично-лабораторните показатели;

- в случаите на положителен резултат при приемане за хоспитализация или положителен резултат от проведено по време на хоспитализацията ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“, (код 92191-00) или тест за откриване на антиген на SARS-CoV-2 (код 92191-01), съответно поставена диагноза с код U07.1 COVID-19“.

При наличие на активен диаричен синдром с дехидратация II-III степен на болни с различни нозологични единици, включени в клиничната пътека, се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 3% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ДИФТЕРИЯ

Заболяване, което се характеризира с типична клинична картина или за дифтерия на дихателната система (например заболяване на горните дихателни пътища с образуване на фибринозни налепи върху сливиците, фаринкса или носа, в комбинация с болки в гърлото и невисока температура), или за дифтерия с друга локализация (например заболяване с наличие на псевдомембрани (язви) на кожата, конюнктивата, ушите, гениталиите и др.).

Лабораторни критерии за диагноза:

Изолиране на продуциращи дифтериен токсин *Corynebacteria* от клинична проба (обикновено *Corynebacterium diphtheriae* или *C. ulcerans*).

МОРБИЛИ

Заболяване, което се характеризира с типична клинична картина, например генерализиран обрив, продължаващ повече от 3 дни, и температура, по-висока от 38 °C, и един или повече от следните симптоми: кашлица, хрема, петна на Коплик, конюнктивит.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на IgM антитела срещу морбили при липса на скорошна ваксинация.

Доказване на специфичен анти тяло-отговор срещу морбили при липса на скорошна ваксинация.

Доказване на вируса на морбили (неваксинален щам) в клиничен материал.

РУБЕОЛА

Заболяване, което се характеризира с типична клинична картина, например остро начало с генерализиран макуло-папулозен обрив и артралгия/артрит, лимфаденопатия или конюнктивит.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване IgM антитела срещу рубеола при липса на скорошна ваксинация.

Доказване на специфичен анти тяло-отговор срещу рубеола при липса на скорошна ваксинация.

Изолиране на рубеолен вирус при липса на скорошна ваксинация.

Доказване на нуклеинова киселина на рубеоления вирус в клинична проба.

Грип:

Касе се за нов грипен вирус, причиняващ инфекция, засягаща респираторния тракт на домашни животни (свине, птици, коне), но може да се разпространи и при хора, дължащи се на директно заразяване при тесен контакт със заразени свине и заразени хора. Няма данни за възникване на заболявания при хора след консумация на недостатъчно термично обработени свинско месо и месни продукти, поради факта, че грипните вируси загиват при термичната обработка на храната и хранителните продукти, а и основният механизъм на предаване на заразата е дихателният. Инфекцията с новия грипен вирус при хората протича със симптоми от страна на горните дихателни пътища (хрема, кашлица, гърлобол и др.), стомашно-чревния тракт (повръщане, диария), висока температура, главоболие, отпадналост. Липсва ваксина за предпазване на хората от този вирус. Причинителят на регистрираните случаи от грип е резистентен към антивирусните препарати от групата на амантадините, поради което за антивирусна терапия се препоръчват лекарствени препарати от групата на невраминдазните инхибитори.

КП № 105 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ВИРУСНИ ХЕМОРАГИЧНИ ТРЕСКИ

Минимален болничен престой - 7 дни

Минимален болничен престой при фулминантни форми – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A91 Хеморагична треска, предизвикана от dengue-вирус

A92.0 Болест, предизвикана от Chikungunya-вирус

Хеморагична треска Chikungunya

A94 Вирусна треска, предавана от членестоноги

Арбовирусна треска

Арбовирусна инфекция

Жълта треска

A95.9 Жълта треска

Аренавирусна хеморагична треска

A96.2 Треска Lassa

Други вирусни хеморагични трески, некласифицирани другаде

Не включва: хеморагична треска chikungunya (A92.0)

хеморагична треска dengue (A91)

A98.0 Кримска хеморагична треска, предизвикана от Конго-вирус

Централно-азиатска хеморагична треска

A98.4 Хеморагична треска Ebola

A98.5 Хеморагична треска с бъбречен синдром

Хеморагична треска:

- епидемична
- корейска
- руска

Болест, предизвикана от Hantaan-вирус

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1988 Друга рентгенография

90909-00 Рентгенография на друго място

1943 Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])

при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1926 Микробиологични изследвания

91937-00 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

91937-01 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

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
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1925 Паразитологични изследвания	
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология
1929 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 на антиген на SARS – CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • албумин

92063-00	<ul style="list-style-type: none"> • плазма (прясно замразена) (FFP) <p>Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители • Dextran • Rheomacrodex
92064-00	<p>Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръвни заместители • гранулоцити
13706-05	<p>Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
1920 Приложение на фармакотерапия	
	<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект <i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-02	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96197-02	<p>Мускулно приложение на фармакологичен агент</p>

96199-09	<p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент</p> <p><i>Виж допълнителни знаци</i></p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични кода, което задължително включва: хематологични изследвания (91910-04, 91910-05, 91910-07), биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-19, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-29, 91910-30, 91910-33, 91910-41, 13311-00), и/или хемостазеологичен статус (91910-08, 91910-09, 91910-10, 91910-11) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички показатели от двата блока, включващи: ПКТ, креатинин и/или хемостазни фактори и биохимия, йонограма и АКТ, и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;

- подпис на лекаря, извършил изследването.
Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

1. 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 инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. ОАИЛ/КАИЛ*
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

*За изпълнението на тази клинична пътека в клиника по инфекциозни болести, се допуска дейността на липсващото структурно звено ОАИЛ/КАИЛ на територията на ЛЗБМП, да бъде осигурено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място.

2. 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. Клинична патология – на територията на населеното място
2. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
3. Хемодиализен център
4. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Консултация с лекар със специалност по нефрология се провежда при необходимост.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за Кримска Конго хеморагична треска (ККХТ) при:

- епидемиологични данни - ухапване от кърлеж, професионален контакт с животни, контакт с кръв на болен от ККХТ, пребиваване в ендемични райони;

- изразен токсо-инфекциозен синдром;
- краниофарингеален синдром;
- хеморагичен синдром.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за хеморагична треска с бъбречен синдром (ХТБС) при:

- епидемиологични данни - контакт с гризачи, консумация на храна и вода, контаминирана с екскременти на гризачи, пребиваване в ендемични райони;
- изразен токсо-инфекциозен синдром;
- краниофарингеален синдром;
- хеморагичен синдром;
- остра бъбречна недостатъчност.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за друга вирусна хеморагична треска на база на клинични, параклинични и епидемиологични данни.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Патогенетично и симптоматично лечение.

ХЕМОРАГИЧНА ТРЕСКА С БЪБРЕЧЕН СИНДРОМ

Патогенетично и симптоматично лечение. При развитие на ОБН – хемодиализа.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на епидемиологични и клинични данни, подкрепени с вирусологични, паразитологични и/или серологични данни.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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:

- липса на фебрилитет;
- овладян хеморагичен синдром;
- за хеморагична треска с бъбречен синдром (ХТБС) – овладяна полиурия и интеркурентни инфекции (суперпонирани).

Серологично изследване може да се проведе в рамките на отчетния период и в процеса до два контролни прегледа след изписване (включени в цената на клиничната пътека). Клиничната пътека се отчита и след вземането на серологично изследване, независимо от минималния болничен престой.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ВИРУСНИ ХЕМОРАГИЧНИ ТРЕСКИ

ЕБОЛА /МАРБУРГ ТРЕСКА

Заболяване, което се характеризира с остро начало, повишена температура, диария, която може да бъде кървава, и повръщане. Обичайни са главоболие, гадене и коремни болки.

Могат да последват хеморагични прояви. При някои пациенти може да има макулопапулозен обрив по тялото.

Лабораторни критерии за диагноза:

Изолиране на вируса.

Положителна кожна биопсия (имунохистохимия).

Доказване на нуклеинова киселина на Ебола/Марбург вируса.

ТРЕСКА ЛАССА

Заболяване, което се характеризира с постепенно начало с неразположение, температура, главоболие, болки в гърлото, кашлица, гадене, повръщане, диария, миалгия и болки в гърдите. Може да следват хеморагични прояви.

Лабораторни критерии за диагноза:

Изолиране на вирус.

Позитивна кожна биопсия (имунохистохимия).

Доказване на нуклеинова киселина на вируса на треска Ласса.

КРИМСКА-КОНГО ХЕМОРАГИЧНА ТРЕСКА

Заболяване, което се характеризира с постепенно начало с висока температура, разтрисане, миалгия, гадене, липса на апетит, повръщане, главоболие и болки в кръста. Може да следват хеморагични прояви.

Лабораторни критерии за диагноза:

Изолиране на вирус.

Доказване на вирусна нуклеинова киселина.

Позитивна серология, която може да се появи късно в хода на заболяването.

ХЕМОРАГИЧНА ТРЕСКА С БЪБРЕЧЕН СИНДРОМ

Заболяване, което се характеризира с остро начало, висока температура, разтрисане, миалгия, гадене, липса на апетит, повръщане, главоболие, болки в кръста, хеморагични прояви и засягане на бъбречните функции, включително до остра бъбречна недостатъчност.

Лабораторни критерии за диагноза:

Изолиране на вирус.

Позитивна серология, която може да се появи късно в течение на заболяването.

Доказване на вирусна нуклеинова киселина.

КП № 106 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТОКСОАЛЕРГИЧНИ РЕАКЦИИ

КП № 106.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТОКСОАЛЕРГИЧНИ РЕАКЦИИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Неблагоприятни въздействия, неклассифицирани другаде

Забележка: Тази рубрика следва да се използва при кодиране по единична причина като първичен код за идентифициране на неблагоприятни въздействия, неклассифицирани другаде, дължащи се на неизвестна, неопределена или недобре обозначена причина. При множествено кодиране тази рубрика може да се използва като допълнителен код за идентифициране на въздействието върху състояния, класифицирани другаде.

Не включва: усложнения, предизвикани от хирургични намеси и терапевтични грижи, НКД (T80—T88)

T78.0 Анафилактичен шок, предизвикан от патологична реакция към храна

T78.1 Други прояви на патологична реакция към храна

T78.2 Анафилактичен шок, неуточнен

Алергичен шок
Анафилактична реакция
Анафилаксия

} БДУ

Не включва: анафилактичен шок, дължащ се на:

- патологична реакция на адекватно назначено и правилно прието лекарствено средство (T88.6)
- патологична реакция към храна (T78.0)
- въвеждане на серум (T80.5)

T78.3 Ангионевротичен оток

T78.4 Алергия, неуточнена

Алергична реакция БДУ
Повишена чувствителност БДУ
Идиосинкразия БДУ

Не включва: алергична реакция БДУ на адекватно назначено и правилно въведено лекарствено средство (T88.7)

уточнен тип алергична реакция, като:

- алергичен гастроентерит и колит (K52.2)
- дерматит (L23—L25, L27.—)
- сenna треска (J30.1)

Други усложнения от хирургични намеси и терапевтични грижи, неклассифицирани другаде

Не включва: случайно прободане или разкъсване по време на процедура (T81.2) усложнения, свързани с:

- инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране (T80.—)
- процедура, НКД (T81.—)

уточнени усложнения, класифицирани другаде, като:

• усложнения:

• от анестезия по време на:

- бременност (O29.—)
- раждане и родоразрешаване (O74.—)
- послеродов период (O89.—)

• свързани с протези, имплантати и трансплантати (T82—T85)

• хирургични намеси и процедури в акушерството (O75.4)

• дерматит, дължащ се на лекарствени средства и медикаменти (L23.3,

L24.4, L25.1, L27.0—L27.1)

- отравяния и токсично действие на лекарствени средства и химични вещества (T36—T65)

T80.5 Анафилактичен шок, дължащ се на въведен серум

T80.6 Други серумни реакции

T80.8 Други усложнения, свързани с инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране

T80.9 Усложнение, свързано с инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране, неуточнено

T88.2 Шок, дължащ се на анестезия

T88.6 Анафилактичен шок, обусловен от патологична реакция при адекватно назначено и правилно приложено лекарствено средство

T88.7 Патологична реакция на лекарствено средство или медикамент

Неблагоприятна реакция

Алергична реакция

Повишена чувствителност

Идиосинкразия

Лекарствена:

- свръхчувствителност БДУ

- реакция БДУ

} при адекватно назначено
и правилно приложено
лекарствено средство

Не включва: уточнени патологични реакции при въвеждане на лекарствени средства и медикаменти (A00—R99, T80—T88.6, T88.8)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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 корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително следните 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 се извършват и:

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

91910-09 Изследване на протромбиново време

91913-01 Изследване на тромбоцити

91911-04 Изследване на D – димер тест

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (от различни блокове) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Клинична алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по "Клинична алергология", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана съгласно медицински стандарт по "Анестезия и интензивно лечение". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 клинична токсикология или Клиника/отделение по клинична алергология или

ОАИЛ/КАИЛ
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология
или
в клиника по клинична алергология – двама лекари със специалност по клинична алергология, респ. за отделение - един лекар със специалност по клинична алергология
или
лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти с наличие на един или повече от следните симптоми и синдроми:

- 1.1. кожен и/или лигавичен токсикален синдром;
- 1.2. оток на меки тъкани на лицето и шията;
- 1.3. анафилактичен шок или шокови еквиваленти (варианти);
- 1.4. съчетание на токсикален синдром с друго основно заболяване.

Наличието на кожен или лигавичен токсикален синдром, алергичен шок (шокови еквиваленти), съчетани с подходяща анамнеза, е задължителна индикация за хоспитализация в Клиника/отделение по токсикология/алергология.

Критерии за лечение на анафилактичен шок в реанимация /интензивно отделение/КИТ

Протрахиран анафилактичен шок:

- Нарушено съзнание
- Дихателна недостатъчност
- Белодробен оток

- Сърдечно-съдова недостатъчност
- Дисметаболичен синдром
- Полиорганна недостатъчност (два и повече органа)

Наличието на два или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация /интензивно отделение /КИТ.

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог/ алерголог.

След приключване на интензивното лечение, ако се налага, пациентът се превежда в Клиника/отделение по токсикология/алергология за довършване на лечебния процес.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При липса на токсиколог/алерголог на територията на ЛЗБП, задължително следва да се осигури консултация с посочените специалисти. При неспазване на това изискване клиничната пътека **НЕ СЕ СЧИТА** за завършена.

2. 1. АНАФИЛАКТИЧЕН ШОК.

Две от посочените диагностични процедури, задължително се извършват през първите 2 часа от постъпването на пациента в болничното лечебно заведение: кръвна картина; ЕКГ; АКР.

- рентгеново изследване на гръден кош – по преценка.

Лечение:

Провежда се комплексно лечение за преодоляване на хиповолемичния шок, органната недостатъчност, нормализиране на хемодинамиката и проходимостта на горните дихателни пътища.

Катехоламини – епинефрин (адреналин) 0,01 мг/кг; 0,3-0,5 мг субкутанно трикратно през 10-15 мин.; при неповлияване и интравенозно 0,3 мг за 15-20 мин. разреден във физиологичен р-р – дозата се повтаря на всеки 20 мин. трикратно.

При персистираща хипотония – допамин 2,5-10 ммг/кг/мин., изопреналин. При неповлияване на хипотонията – норепинефрин (норадреналин) - капково в доза 8-10 ммг/мин.

Инфузионна терапия – водносолеви и глюкозни р-ри 100 мл/мин. до 1500 мл; след това 1000 мл за 30 мин. до 3000 мл.

H1 - блокери – след повишаване на систолно налягане 90-100 мм/Hg.

H2 - блокери.

Кортикостероиди – метилпреднизолон в доза 1-3 мг/кг и повече, съобразно състоянието при постъпване, а при протрахиран алергичен шок дозата и интервалите се определят индивидуално.

Инхалаторни β_2 – агонисти.

Симптоматично лечение.

2. 2. АЛЕРГИЯ НЕУТОЧНЕНА. ПАТОЛОГИЧНА РЕАКЦИЯ НА ЛЕКАРСТВЕНО СРЕДСТВО ИЛИ МЕДИКАМЕНТ.

Две от посочените диагностични процедури, задължително се извършват през първите 2 часа от постъпването на пациента в болничното лечебно заведение: ЕКГ; ПКК; АКР.

- рентгеново изследване на гръден кош – по преценка.

Лечение:

Терапевтичните процедури започват най-късно до 1-ия час от хоспитализацията.

Кортикостероиди.

Антихистамини.

H1 след повишаване на артериалното систолно налягане до 90 – 100 мм/Hg.

H2 блокери.

Инфузионна терапия.

Катехоламини при нужда.

При установени отклонения в жизнените параметри и биологичните показатели задължително се извършват контролни изследвания в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина, параклиниката, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение и изключване на алтернативни диагнози.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

- отзвучаване на острите клинични симптоми и приключване на спешното болнично медикаментозно лечение;
- стабилна хемодинамика;
- клинично подобрене, допускащо довършване на лечението в дома.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

След дехоспитализация пациентът се наблюдава от личен лекар и при нужда се консултира със специалист алерголог или токсиколог.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Токсоалергичното заболяване може да настъпи като реакция на организма към хранителни продукти от разнообразно естество (по-често с белтъчно съдържание) или лекарствени вещества. Може бързо да прогресира, да увреди органи и системи, да застраши живота. Налага се задължителна спешна хоспитализация, защото в домашни условия е невъзможно да се проведе адекватно лечение и да се постигне желан резултат.

Правят се необходими за диагнозата изследвания – кръв, урина, рентген, АКР, които да ориентират лекаря за евентуално настъпилите увреждания или заболявания, които да обяснят токсоалергичната реакция (възпалителни заболявания, включително и хронични възпалителни процеси, паразитози, зъбни инфекции и др.). В момента на изявена токсоалергична болест не се препоръчва и не се извършват проби за доказване на чувствителност, за да не се изостри наличната реакция.

Лечението се провежда със съответни лекарствени средства, включително и системи с инфузионни разтвори по отношение нарушена хемодинамика, сърбеж, обриви, нарушено общо състояние, като се отчитат и предшестващи токсоалергичния проблем заболявания. При нужда се продължава воденото в домашни условия лечение на придружаващи заболявания, съобразено с възможното въздействие на същото върху хода на токсоалергичния процес.

Престоят в клиниката зависи от динамиката на заболяването. При необходимост се извършват изследвания и консултации.

При изписване се дават наставления за спазване на лечебно-диетичен режим.

КП № 106 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТОКСОАЛЕРГИЧНИ РЕАКЦИИ

КП № 106.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТОКСОАЛЕРГИЧНИ РЕАКЦИИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой - 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Неблагоприятни въздействия, неклассифицирани другаде

Забележка:

Тази рубрика следва да се използва при кодиране по единична причина като първичен код за идентифициране на неблагоприятни въздействия, неклассифицирани другаде, дължащи се на неизвестна, неопределена или недобре обозначена причина. При множествено кодиране тази рубрика може да се използва като допълнителен код за идентифициране на въздействието върху състояния, класифицирани другаде.

Не включва: усложнения, предизвикани от хирургични намеси и терапевтични грижи, НКД (T80—T88)

T78.0 Анафилактичен шок, предизвикан от патологична реакция към храна

T78.1 Други прояви на патологична реакция към храна

T78.2 Анафилактичен шок, неуточнен

Алергичен шок
Анафилактична реакция
Анафилаксия

} БДУ

Не включва: анафилактичен шок, дължащ се на:

- патологична реакция на адекватно назначено и правилно прието лекарство средство (T88.6)
- патологична реакция към храна (T78.0)
- въвеждане на серум (T80.5)

T78.3 Ангионевротичен оток

T78.4 Алергия, неуточнена

Алергична реакция БДУ
Повишена чувствителност БДУ
Идиосинкразия БДУ

Не включва: алергична реакция БДУ на адекватно назначено и правилно въведено лекарство средство (T88.7)

уточнен тип алергична реакция, като:

- алергичен гастроентерит и колит (K52.2)
- дерматит (L23—L25, L27.—)
- сenna треска (J30.1)

Други усложнения от хирургични намеси и терапевтични грижи, неклассифицирани другаде

Не включва:

случайно пробождање или разкъсване по време на процедура (T81.2)
усложнения, свързани с:

- инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране (T80.—)
- процедура, НКД (T81.—)

уточнени усложнения, класифицирани другаде, като:

• усложнения:

• от анестезия по време на:

- бременност (O29.—)
- раждане и родоразрешаване (O74.—)
- послеродов период (O89.—)

• свързани с протези, импланти и трансплантати (T82—T85)

• хирургични намеси и процедури в акушерството (O75.4)

• дерматит, дължащ се на лекарствени средства и медикаменти (L23.3,

L24.4, L25.1, L27.0—L27.1)

• отравяния и токсично действие на лекарствени средства и химични вещества (T36—T65)

T80.5 Анафилактичен шок, дължащ се на въведен серум

T80.6 Други серумни реакции

T80.8 Други усложнения, свързани с инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране

T80.9 Усложнение, свързано с инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране, неуточнено

T88.2 Шок, дължащ се на анестезия

T88.6 Анафилактичен шок, обусловен от патологична реакция при адекватно назначено и правилно приложено лекарствено средство

T88.7 Патологична реакция на лекарствено средство или медикамент

Неблагоприятна реакция

Алергична реакция

Повишена чувствителност

Идиосинкразия

Лекарствена:

• свръхчувствителност БДУ

• реакция БДУ

} при адекватно назначено
и правилно приложено
лекарствено средство

Не включва: уточнени патологични реакции при въвеждане на лекарствени средства и медикаменти (A00—R99, T80—T88.6, T88.8)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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 корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

55084-00 Ултразвук на пикочен мехур

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително следните 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 се извършват и:

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

91910-09 Изследване на протромбиново време

91913-01 Изследване на тромбоцити

91911-04 Изследване на D – димер тест

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (от различни блокове) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Клинична алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по "Клинична алергология", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана съгласно медицински стандарт по "Анестезия и интензивно лечение".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 клинична токсикология или Клиника/отделение по клинична алергология или ОАИЛ/КАИЛ или Клиника/отделение по педиатрия с интензивно звено
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология
или
в клиника по клинична алергология – двама лекари със специалност по клинична алергология, респ. за отделение - един лекар със специалност по клинична алергология
или
лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;
- или
в клиника/отделение по педиатрия с интензивно звено – четирима лекари със специалност по педиатрия, един от които с допълнителна квалификация за извършване на ехография;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти с наличие на един или повече от следните симптоми и синдроми:

- 1.1. кожен и/или лигавичен токсикален синдром;
- 1.2. оток на меки тъкани на лицето и шията;
- 1.3. анафилактичен шок или шокови еквиваленти (варианти);

1.4. съчетание на токсоалергично с друго основно заболяване.

Наличието на кожен или лигавичен токсоалергичен синдром, алергичен шок (шокови еквиваленти), съчетани с подходяща анамнеза, е задължителна индикация за хоспитализация в Клиника/отделение по токсикология/алергология.

Критерии за лечение на анафилактичен шок в реанимация /интензивно отделение /КИТ

Протрахиран анафилактичен шок:

- Нарушено съзнание
- Дихателна недостатъчност
- Белодробен оток
- Сърдечно-съдова недостатъчност
- Дисметаболически синдром
- Полиорганна недостатъчност (два и повече органа)

Наличието на два или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация/интензивно отделение /КИТ.

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог/ алерголог.

След приключване на интензивното лечение, ако се налага, пациентът се превежда в Клиника/отделение по токсикология/алергология/педиатрия за довършване на лечебния процес.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

За всеки случай по тази КП, преминал в ОАИК/ КАИЛ или Клиника /отделение по „Педиатрия” с интензивно звено, задължително се осъществява консултация със специалист по токсикология/ алергология. При неспазване на това изискване клиничната пътека НЕ СЕ СЧИТА за завършена.

2.1. АНАФИЛАКТИЧЕН ШОК.

Две от посочените диагностични процедури задължително се извършват през първите 2 часа от постъпването на пациента в болничното лечебно заведение: кръвна картина; ЕКГ; АКР.

- рентгеново изследване на гръден кош – по преценка.

Лечение:

Провежда се комплексно лечение за преодоляване на хиповолемичния шок, органната недостатъчност, нормализиране на хемодинамиката и проходимостта на горните дихателни пътища.

Катехоламини – епинефрин (адреналин) 0,01 мг/кг; 0,3-0,5 мг субкутанно трикратно през 10-15 мин.; при неповлияване и интравенозно 0,3 мг за 15-20 мин. разреден във физиологичен р-р – дозата се повтаря на всеки 20 мин. трикратно.

При персистираща хипотония – допамин 2,5-10 ммг/кг/мин.; изопреналин. При неповлияване на хипотонията – норепинефрин (норадреналин) - капково в доза 8-10 ммг/мин.

Инфузионна терапия – водносолеви и глюкозни р-ри 100 мл/мин. до 1500 мл; след това 1000 мл за 30 мин. до 3000 мл.

H1 - блокери – след повишаване на систолно налягане 90-100 мм/Hg.

H2 - блокери.

Кортикостероиди – метилпреднизолон в доза 1-3 мг/кг и повече, съобразно състоянието при постъпване, а при протрахиран алергичен шок дозата интервалите се определят индивидуално.

Инхалаторни β_2 – агонисти.

Симптоматично лечение.

2. 2. АЛЕРГИЯ, НЕУТОЧНЕНА. ПАТОЛОГИЧНА РЕАКЦИЯ НА ЛЕКАРСТВЕНО СРЕДСТВО ИЛИ МЕДИКАМЕНТ.

Две от посочените диагностични процедури задължително се извършват през първите 2 часа от постъпването на пациента в болничното лечебно заведение: ЕКГ; ПКК; АКР.

- рентгеново изследване на гръден кош – по преценка.

Лечение:

Терапевтичните процедури започват най-късно до 1-ия час от хоспитализацията

Кортикостероиди

Антихистамини

H1 след повишаване на артериалното налягане систолното налягане до 90 -100 мм/Hg.

H2 блокери.

Инфузионна терапия.

Катехоламини при нужда.

При установени отклонения в жизнените параметри и биологичните показатели, задължително се извършват контролни изследвания в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина, параклиниката, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение и изключване на алтернативни диагнози.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

- отзвучаване на острите клинични симптоми и приключване на спешното болнично медикаментозно лечение;
- стабилна хемодинамика;
- клинично подобрене, допускащо довършване на лечението в дома.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

След дехоспитализация пациентът се наблюдава от личен лекар и при нужда се консултира със специалист алерголог или токсиколог.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Токсоалергичното заболяване може да настъпи като реакция на организма към хранителни продукти от разнообразно естество (по-често с белтъчно съдържание) или лекарствени вещества. Може бързо да прогресира, да увреди органи и системи, да застраши живота. Налага се задължителна спешна хоспитализация, защото в домашни условия е невъзможно да се проведе адекватно лечение и да се постигне желан резултат.

Правят се необходими за диагнозата изследвания – кръв, урина, рентген, АКР, които да ориентират лекаря за евентуално настъпилите увреждания или заболявания, които да обяснят токсоалергичната реакция (възпалителни заболявания, включително и хронични възпалителни процеси, паразитози, зъбни инфекции и др.). В момента на изявена токсоалергична болест не се препоръчва и не се извършват проби за доказване на чувствителност, за да не се изостри наличната реакция.

Лечението се провежда със съответни лекарствени средства, включително и системи с инфузионни разтвори по отношение нарушена хемодинамика, сърбеж, обриви, нарушено общо състояние, като се отчитат и предшестващи токсоалергичния проблем заболявания. При нужда се продължава воденото в домашни условия лечение на придружаващи заболявания, съобразено с възможното въздействие на същото върху хода на токсоалергичния процес.

Престоят в клиниката зависи от динамиката на заболяването. При необходимост се извършват изследвания и консултации.

При изписване се дават наставления за спазване на лечебно-диетичен режим.

КП № 107 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОТРАВЯНИЯ И ТОКСИЧНИ ЕФЕКТИ ОТ ЛЕКАРСТВА И БИТОВИ ОТРОВИ

Минимален болничен престой:

при отравяния с лекарствени средства, медикаменти и биологични вещества – 2 дни;

при отравяния с наркотични и психодислептични средства – 2 дни

Минимален болничен престой при токсично въздействие на вещества предимно с нелекарствен произход – 2 дни

Изключение:

фосфорорганични съединения (ФОС) – 7 дни;

метанол и изопропилов алкохол – 7 дни;

киселини и основи с изразен корозивен ефект – 7 дни;

отравяния с гъби с кратък латентен период – 2 дни;

отравяния с препарати за битови нужди (сапуни и детергенти) – 2 дни;
етанол – 2 дни.

1. ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-1

Отравяне със системнодействащи антибиотици

Не включва:

отравяния от антибиотици:

- с противотуморно действие (T45.1)
- за локално приложение, НКД (T49.0)
- прилагани за лечение на:
 - ухо, нос и гърло (T49.6)
 - око (T49.5)

T36.0 Пеницилини

T36.1 Цефалоспорини и други β-лактамазообразуващи антибиотици

T36.2 Групата на хлорамфеникола

T36.3 Макролиди

T36.4 Тетрациклини

T36.5 Аминоглюкозиди
Стрептомицин

T36.6 Рифампицини

T36.7 Антимикотични антибиотици със системно действие

T36.8 Други системнодействащи антибиотици

Отравяне с други антиинфекциозни и антипаразитни средства със системно действие

Не включва:

антиинфекциозни средства:

- за локално приложение, НКД (T49.0)
- за лечение на болести на:
 - ухо, нос и гърло (T49.6)
 - око (T49.5)

- T37.0 Сулфонамиди**
- T37.1 Антимикобактериални препарати**
Не включва: рифампицини (T36.6)
 стрептомицин (T36.5)
- T37.2 Противомаларийни препарати и лекарствени средства, действащи върху други протозои в кръвта**
Не включва: производни на хидроксихинолина (T37.8)
- T37.3 Други антипротозойни препарати**
- T37.4 Противохелминтни лекарствени средства**
- T37.5 Противовирусни препарати**
Не включва: амантадин (T42.8)
 цитарабин (T45.1)
- T37.8 Други уточнени противомикробни и противопаразитни средства със системно действие**
 Производни на хидроксихиноина
Не включва: антимальнарийни препарати (T37.2)

Отравяне с хормони, синтетичните им заместители и антагонисти, неклассифицирани другаде

- Не включва:* минералкортикоиди и антагонистите им (T50.0)
 окситоцинови хормони (T48.0)
 паратиреоидни хормони и производните им (T50.9)
- T38.0 Глюкокортикоиди и синтетичните им аналози**
Не включва: глюкокортикоидите за локално приложение (T49.—)
- T38.1 Тиреоидни хормони и производните им**
- T38.2 Антитиреоидни препарати**
- T38.3 Инсулин и перорални хипогликемични [противодиабетични] препарати**
- T38.4 Перорални контрацептиви**
 Поли- и еднокомпонентни препарати
- T38.5 Други естрогени и прогестогени**
 Смеси и заместители
- T38.6 Антигонадотропини, антиестрогени, антиандрогени, неклассифицирани другаде**
 Tamoxifen
- T38.7 Андрогени и анаболните им аналози**
- T38.8 Други и неуточнени хормони и синтетичните им заместители**
 Хормони от предния дял на хипофизата
- T38.9 Други и неуточнени антагонисти на хормоните**

Отравяне с неопиоидни обезболяващи, антипиретични и противоревматични средства

- T39.0 Салицилати**
- T39.1 Производни на 4-aminophenol**
- T39.2 Производни на пиразолона**
- T39.3 Други нестероидни противовъзпалителни средства [NSAID]**
- T39.4 Противоревматични средства**
Не включва: глюкокортикоиди (T38.0)
 салицилати (T39.0)
- T39.8 Други неопиоидни аналгетици и антипиретици, неклассифицирани другаде**

Отравяне с наркотични и психодислептични [халюциногенни] средства

Не включва: лекарствена зависимост и психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества (F10—F19)

T40.0 Опиум

T40.1 Хероин

T40.2 Други опиати

Кодеин

Морфин

T40.3 Метадон

T40.4 Други синтетични наркотици

Петидин

T40.5 Кокаин

T40.6 Други и неуточнени наркотици

T40.7 Канабис (производни)

T40.8 Лизергид [LSD]

T40.9 Други и неуточнени психодислептици [халюциногени]

Мескалин

Псилоцин

Псилоцибин

Отравяне с анестетични средства и терапевтични газове

Не включва: бензодиазепини (T42.4)
кокаин (T40.5)
опиати (T40.0—T40.2)

T41.0 Средства за инхалационна наркоза

Не включва: кислород (T41.5)

T41.1 Интравенозни анестетици

Тиобарбитурати

T41.2 Други и неуточнени средства за обща наркоза

T41.3 Локални анестетици

Отравяне с антиепилептични, седативни, сънотворни и антипаркинсонови средства

T42.0 Производни на хиантоина

T42.1 Иминостилбени

Carbamazepine

T42.2 Сукцинимиди и оксазолидиндиони

T42.3 Барбитурати

Не включва: тиобарбитурати (T41.1)

T42.4 Бензодиазепини

T42.5 Смесени антиепилептични препарати, неклассифицирани другаде

T42.6 Други антиепилептични, седативни и сънотворни средства

Метаквалон

Валпроева киселина

Не включва: карбамазепин (T42.1)

T42.7 Антиепилептични, седативни и сънотворни средства, неуточнени

Сънотворни:

• микстури

• прахчета

• таблетки

} БДУ

T42.8 Лекарства против паркинсонизъм и други мускулни депресанти с централно действие

Амантадин

Отравяне с психотропни лекарствени средства, некласифицирани другаде

- Не включва:** средства, потискащи апетита (T50.5)
барбитурати (T42.3)
бензодиазепини (T42.4)
лекарствена зависимост, психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества (F10—F19)
метаквалон (T42.6)
психодислептици [халюциногени] (T40.7—T40.9)
- T43.0** Трициклични и тетрациклични антидепресанти
- T43.1** Антидепресанти - инхибитори на моноаминоксидазата
- T43.2** Други и неуточнени антидепресанти
- T43.3** Антипсихотични и невролептични препарати (на базата на фенотиазина)
- T43.4** Бутирофенонови и тioxантенови невролептици
- T43.5** Други и неуточнени антипсихотични и невролептични препарати
Не включва: препарати на рауволфия (T46.5)
- T43.6** Психостимулиращи средства с възможност за пристрастяване към тях
Не включва: кокаин (T40.5)
- T43.8** Други психотропни средства, некласифицирани другаде

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на вегетативната нервна система

- T44.0** Инхибитори на холинестеразата
- T44.1** Други парасимпатикомиметици [холинергици]
- T44.2** Ганглиоблокиращи средства, некласифицирани другаде
- T44.3** Други парасимпатиколитични [антихолинергични и антиму斯卡ринови] и спазмолитични средства, некласифицирани другаде
Папаверин
- T44.4** Агонисти предимно на α -адренорецепторите, некласифицирани другаде
Metaraminol
- T44.5** Агонисти предимно на β -адренорецепторите, некласифицирани другаде
Не включва: салбутамол (T48.6)
- T44.6** Антагонисти предимно на α -адренорецепторите, некласифицирани другаде
Не включва: ергоалкалоиди (T48.0)
- T44.7** Антагонисти предимно на β -адренорецепторите, некласифицирани другаде
- T44.8** Централнодействащи и адреноневронблокиращи средства, некласифицирани другаде
Не включва: клофелин (T46.5)
гуанетидин (T46.5)
- T44.9** Други и неуточнени лекарствени средства, действащи предимно върху вегетативната нервна система
Лекарствени средства, стимулиращи и двата адренорецептора (α и β)

Отравяне с препарати, предимно със системно действие, и хематологични агенти, некласифицирани другаде

- T45.0** Антиалергични и антиеметични средства
Не включва: невролептици от фенотиазиновата група (T43.3)
- T45.1** Противотуморни и имуносупресивни средства
Противотуморни антибиотици
Цитарабин
Не включва: tamoxifen (T38.6)
- T45.2** Витамини, некласифицирани другаде
Не включва: никотинова киселина [производни] (T46.7)

витамин К (Т45.7)

- T45.3** **Ензими, неклассифицирани другаде**
- T45.4** **Желязо и съединенията му**
- T45.5** **Антикоагуланти**
- T45.6** **Средства, въздействащи върху фибринолизата**
- T45.7** **Антагонисти на антикоагулантите, витамин К и други коагуланти**
- T45.8** **Други препарати, предимно със системно действие, и хематологични агенти**
Чарнодробни препарати и други антианемични средства
Естествена кръв и кръвни продукти
Субстанция на плазма
Не включва: имуноглобулин (Т50.9)
 желязо (Т45.4)

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на сърдечно-съдовата система

Не включва: metaraminol (Т44.4)

- T46.0** **Кардиотонични глюкозиди и препарати с аналогично действие**
- T46.1** **Блокери на калция в каналчетата**
- T46.2** **Други антиаритмични средства, неклассифицирани другаде**
Не включва: антагонисти на β -адренорецепторите (Т44.7)
- T46.3** **Коронарни вазодилатори, неклассифицирани другаде**
Дипиридамола
Не включва: антагонисти на β -адренорецепторите (Т44.7)
 блокери на калциеви канали (Т46.1)
- T46.4** **Инхибитори на ангиотензинконвертиращите ензими**
- T46.5** **Други хипотензивни средства, неклассифицирани другаде**
Клонидин
Гуанетидин
Рауволфия
Не включва: антагонисти на β -адренорецепторите (Т44.7)
 блокери на калциеви канали (Т46.1)
 диуретици (Т50.0—Т50.2)
- T46.6** **Антихиперлипидемични и антиатеросклеротични средства**
- T46.7** **Периферни вазодилатори**
Никотинова киселина (производни)
Не включва: папаверин (Т44.3)
- T46.8** **Антиварикозни средства, включително склерозиращи агенти**
- T46.9** **Други и неуточнени средства, влияещи предимно върху сърдечно-съдовата система**

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на храносмилателната система

- T47.0** **Антагонисти на хистаминовите H_2 -рецептори**
- T47.1** **Други антиацидни препарати и препарати, потискащи стомашната секреция**
- T47.2** **Дразнещи слабителни средства**
- T47.3** **Солеви и осмотични слабителни средства**
- T47.4** **Други лаксативни средства**
Препарати, стимулиращи чревната перисталтика
- T47.5** **Препарати, стимулиращи храносмилането**
- T47.6** **Антидиарийни лекарствени средства**
Не включва: антибиотици със системно действие и други противомикробни препарати
 (Т36—Т37)

- T47.7 Еметици
- T47.8 Други средства, действащи предимно върху стомашночревния тракт

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на гладката и набраздената мускулатура и дихателната система

- T48.0 Окситоцини
Не включва: естрогени, прогестогени и антагонисти (T38.4—T38.6)
- T48.1 Миорелаксанти [блокери на Н-холинорецепторите на набраздената мускулатура]
- T48.2 Други и неуточнени средства, действащи предимно върху мускулатурата
- T48.3 Противокашлечни средства
- T48.4 Отхрачващи средства
- T48.5 Средства против хрема
- T48.6 Антиастматични средства, неклассифицирани другаде
Салбутамол
Не включва: агонисти на β -адренорецепторите (T44.5)
хормони на предния дял на хипофизата (T38.8)
- T48.7 Други и неуточнени средства, действащи предимно върху дихателната система

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно върху кожата и лигавиците, и с лекарства, използвани в офталмологията, оториноларингологията и стоматологията

Включва: глюкокортикоиди за местно приложение

- T49.0 Локални антимикотични, противогрибкови и противовъзпалителни средства, неклассифицирани другаде
- T49.1 Противосърбежни средства
- T49.2 Локални аstringенти и детергенти
- T49.3 Сметчаващи, успокояващи и протекторни (защитни) медикаменти
- T49.4 Кератолитични, кератопластични и други препарати и средства за лечение на косата
- T49.5 Офталмологични средства и препарати
Очни противогрибкови препарати
- T49.6 Оториноларингологични средства и препарати
Противогрибкови средства за лечение на болестите на ушите, носа и гърлото
- T49.7 Локалнодействащи лекарствени средства в стоматологията
- T49.8 Други средства за локално приложение

Отравяне с диуретици и други неуточнени лекарствени средства, медикаменти и биологични вещества

- T50.0 Минералкортикоиди и антагонистите им
- T50.1 “Бримкови” диуретици [високо-прагови]
- T50.2 Инхибитори на карбоанхидразата, бензотиадиазина и други диуретични средства
Ацетазоламид
- T50.3 Препарати, влияещи на електролитния, калорийния и водния баланс
Соли за перорална рехидратация
- T50.4 Препарати, влияещи на обмяната на пикочната киселина
- T50.5 Средства, потискащи апетита
- T50.6 Антидоти и хелатообразуватели, неклассифицирани другаде
Средства за лечение на алкохолизъм, облекчаващи отказването от алкохол
- T50.7 Аналептични средства и антагонисти на “опиум”- рецепторите
- T50.8 Диагностични средства

- T50.9 Други и неуточнени лекарствени средства, медикаменти и биологични вещества**
Средства, повишаващи киселинността
Средства, повишаващи алкалността
Имуноглобулини
Антитела
Липотропни средства
Хормони на паратиреоидната жлеза и производните им

Токсично въздействие на алкохола

- T51.0 Етанол**
Етилов алкохол
- T51.1 Метанол**
Метилов алкохол
- T51.2 2-пропанол**
Изопропилов алкохол
- T51.3 Фузелово масло**
Алкохол:
• амилов
• бутилов [1-бутанол]
• пропилов [1-пропанол]
- T51.8 Други видове алкохол**

Токсично въздействие на органични разтворители

Не включва: халогенпроизводни деривати на алифатни и ароматни въглеводороди (T53.—)

- T52.0 Нефтопродукти**
Газолин [бензин]
Керосин [парафиново масло]
Парафинов восък
Петролиум:
• етер
• нафта
• спирт
- T52.1 Бензол**
Не включва: хомолози на бензола (T52.2)
нитро- и аминопроизводни на бензола и неговите хомолози (T65.3)
- T52.2 Хомолози на бензола**
Толуол [метилбензол]
Ксилен [диметилбензол]
- T52.3 Гликоли**
- T52.4 Кетони**
- T52.8 Други органични разтворители**

Токсично въздействие на халогенпроизводните алифатни и ароматни въглеводороди

- T53.0 Въглероден тетрахлорид**
Тетрахлорметан
- T53.1 Хлороформ**
Трихлорметан
- T53.2 Трихлоретилен**
Трихлоретан
- T53.3 Тетрахлоретилен**
Перхлоретилен
Тетрахлоретан

- T53.4** Дихлорметан
Метиленхлорид
- T53.5** Хлорфлуоровъглероди
- T53.6** Други халогенпроизводни алифатни въглеводороди
- T53.7** Други халогенпроизводни ароматни въглеводороди

Токсично въздействие на разяждащи вещества

- T54.0** Фенол и неговите хомолози
- T54.1** Други разяждащи органични вещества
- T54.2** Корозивни киселини и киселиноподобни вещества
Киселина:
 - солна
 - сярна
- T54.3** Корозивни основи и алкалоподобни вещества
Калиева основа
Натриева основа
- T55** Токсично въздействие на сапуни и детергенти

Токсично въздействие на метали

Включва: дим и пари от метали
метали от всички източници, освен от медицински препарати

Не включва: арсен и неговите съединения (T57.0)
манган и неговите съединения (T57.2)
талий (T60.4)

- T56.0** Олово и неговите съединения
- T56.1** Живак и неговите съединения
- T56.2** Хром и неговите съединения
- T56.3** Кадмий и неговите съединения
- T56.4** Мед и нейните съединения
- T56.5** Цинк и неговите съединения
- T56.6** Калай и неговите съединения
- T56.7** Берилий и неговите съединения
- T56.8** Други метали

Токсично въздействие на други неорганични вещества

- T57.0** Арсен и неговите съединения
- T57.1** Фосфор и неговите съединения
Не включва: фосфороорганични инсектициди (T60.0)
- T57.2** Манган и неговите съединения
- T57.3** Циановодород
- T57.8** Други уточнени неорганични вещества

T58 Токсично въздействие на въглеокиси

Токсично въздействие на други газове, дим и пари

- Включва:** аерозолни пропеленти
- Не включва:** хлорфлуоровъглероди (T53.5)
- T59.0** Азотни окиси

- T59.1 Серен двуокис**
- T59.2 Формалдехид**
- T59.3 Сълзотворен газ**
Слъзен газ
- T59.4 Газообразен хлор**
- T59.5 Газообразен флуор и флуороводород**
- T59.6 Сероводород**
- T59.7 Въглероден двуокис**
- T59.8 Други уточнени газове, дим и пари**

Токсично въздействие на пестициди

- T60.0 Фосфорорганични и карбаматни инсектициди**
- T60.1 Халогенни инсектициди**
Не включва: хлорирани въглеводороди (T53.—)
- T60.2 Други инсектициди**
- T60.3 Хербициди и фунгициди**
- T60.4 Родентициди**
Талий
Не включва: стрихнин и неговите соли (T65.1)
- T60.8 Други пестициди**

Токсично въздействие на отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни морски продукти

- Не включва:*** алергична реакция към храна, като:
- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (T78.0)
 - дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)
 - гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)
- бактериално хранително отравяне (A05.—)
- токсично въздействие на замърсители на храна, като:
- афлатоксин и други микотоксини (T64)
 - цианиди (T65.0)
 - циановодород (T57.3)
 - живак (T56.1)
- T61.0 Отравяне с риба *ciguatera***
 - T61.1 Отравяне с риба от семейство скумрии**
Хистаминоподобен синдром
 - T61.2 Отравяне с друга риба и молюски**
 - T61.8 Токсично въздействие на други морски продукти**

Токсично въздействие на други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти

- Не включва:*** алергична реакция към храна, като:
- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (T78.0)
 - дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)
 - гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)
- бактериално хранително отравяне (A05.—)
- токсично въздействие на замърсители на храна, като:
- афлатоксин и други микотоксини (T64)
 - цианиди (T65.0)
 - циановодород (T57.3)
 - живак (T56.1)

- T62.0 В изядени гъби**

- T62.1 В изядени ягоди**
- T62.2 В друго(-и) изядено(-и) растение(-я)**
- T62.8 Други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти**

Токсичен ефект от контакт с отровни животни

- T63.0 Змийска отрова**
- T63.1 Отрова от други влечуги**
Отрова от гущер
- T63.2 Отрова от скорпион**
- T63.3 Отрова от паяк**
- T63.4 Отрова от други артроподи**
Ухапване или ужилване от отровно насекомо
- T63.5 Токсичен ефект от контакт с риба**
Не включва: отравяне от изядена риба (T61.0—T61.2)
- T63.6 Токсичен ефект от контакт с други морски животни**
Медуза
Морска анемония
Животни с раковина или броня (твърда покривка) (рак, стрида и др.)
Морска звезда
Не включва: отравяне от изядени животни, имащи раковина или броня (рак, стрида и т.н.) (T61.2)
действие на отрова на морска змия (T63.0)
- T63.8 Токсичен ефект от контакт с други отровни животни**
Отрова от амфибия
- T63.9 Токсичен ефект, обусловен от контакт с неуточнено отровно животно**
- T64 Токсичен ефект в замърсени хранителни продукти от афлатоксин и други микотоксини**

Токсичен ефект от други и неуточнени вещества

- T65.0 Цианиди**
Не включва: циановодород (T57.3)
- T65.1 Стрихнин и неговите соли**
- T65.3 Нитропроизводни и аминопроизводни на бензола и неговите хомолози**
Анилин [аминобензол]
Нитробензол
Тринитротолуол
- T65.4 Въглероден дисулфид**
- T65.5 Нитроглицерин и други азотни киселини и естери**
1, 2, 3-пропантриолтринитрат
- T65.6 Бои и оцветители, неклассифицирани другаде**
- T65.8 Токсичен ефект от други уточнени вещества**
- Y43.0 Антиалергични и антиеметични средства**
- Y49.5 Други антипсихотични и невролептични препарати**
Не включва: рауволфия (Y52.5)
- Y52.4 Инхибитори на ангиотензинконвертиращите ферменти**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Панендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастроуденоскопия [EGD]

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])

1932 Изследвания на урината

91226-21 Химико-токсикологичен анализ на отрови в урина

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

Друго измерване на дихателна функция

11503-12 Измерване на тотален белодробен капацитет
Измерване на абсолютен белодробен обем

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Друго измерване на дихателна функция	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91921-00	Вземане на материали за химико-токсикологично изследване на кръв
1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
Включва задължително всяко едно от следните 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 се извършват и:	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-09	Изследване на протромбиново време
91913-01	Изследване на тромбоцити
91911-04	Изследване на D – димер тест
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91919-07	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за токсикология
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1886 Перфузия	
22060-00	Перфузия на цяло тяло <i>Изключва: 13100-00 Хемодиализа</i>

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер

92044-00 Друго кислородно обогатяване

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

14200-00 Стомашна промивка

92077-00 Друга ректална промивка

Вентилаторно подпомагане

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори

Трансфузия на:

- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на плазма

Трансфузия на албумин

Приложение на фармакотерапия

96199-04 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антидот

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и три основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Химико-токсикологичен анализ на кръв и химико-токсикологичен анализ на се извършват по преценка на токсиколога.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение", от обхвата на медицинската специалност "Професионални болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Професионални болести" (*само за кодове T52.0; T52.2; T52.8; T56.0; T56.1; T56.2; T56.3; T56.4; T56.5; T56.7; T56.8; T57.0; T57.2; T57.8; T65.0; T65.3 и T65.8).

1. 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 токсикология или ОАИЛ/КАИЛ или Клиника по професионални болести – III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Професионални болести“ (само за посочените кодове на диагнози по МКБ - 10)*
2. Клинична лаборатория**
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат
5. Структура за диализно лечение - съгласно изискванията на медицински стандарт “Клинична токсикология”

Съгласно медицински стандарт по „Клинична токсикология“: Когато в дадено ЛЗБП няма структура по токсикология, обслужването на болните с остри отравяния може да започне в спешното отделение на болничното заведение, с последващо насочване за хоспитализация в ОАИЛ/КАИЛ, т.е. хоспитализирането на болния с остро отравяне може да се осъществява на територията на отделения /клиники по анестезиология и интензивно лечение при задължителна консултация с клиничен токсиколог или привеждане към най-близката клиника /отделение по токсикология. Привеждането към най-близката клиника /отделение по токсикология се осъществява по решение на специалиста по клинична токсикология.

*Случаите по кодове **T52.0; T52.2; T52.8; T56.0; T56.1; T56.2; T56.3; T56.4; T56.5; T56.7; T56.8; T57.0; T57.2; T57.8; T65.0; T65.3 и T65.8** могат да се хоспитализират и в Клиники по професионални болести от III ниво на компетентност, с токсикологични отделения/структури или при задължителна консултация с лекар клиничен токсиколог.

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

2. 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. Химико-токсикологична лаборатория – съгласно изискванията на медицински стандарт по „Клинична токсикология“ (допуска се договор с лечебно заведение на територията на друга област)
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология

или

- минимум четирима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

- лекари със специалност по професионални болести – шестима, само за кодове на диагнози **T52.0; T52.2; T52.8; T56.0; T56.1; T56.2; T56.3; T56.4; T56.5; T56.7; T56.8; T57.0; T57.2; T57.8; T65.0; T65.3 и T65.8;**
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП **задължително** следва да се осигури консултация със специалист токсиколог, независимо че лечението се води от специалист по анестезиология и интензивно лечение в ОАИЛ/ КАИЛ и др.

Клиничната пътека няма да се счита за завършена, ако не е извършена консултация с лекар със специалност клинична токсикология.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти при:
 - 1.1. клинични данни за остро екзогенно отравяне;
 - 1.2. странични и токсични действия на лекарствени средства (нежелани лекарствени реакции);
 - 1.3. усложнения от страна на вътрешни органи и системи (дихателна, храносмилателна, отделителна), при острите екзогенни интоксикации.

• Остро екзогенно отравяне:

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието (обнубилацио, сомнолентност, сопор, кома 1-4 степен, делир, гърчове).

Общотоксичен синдром – увреждане на общото състояние от екзогенната отрова.

Пулмотоксичен синдром – остра дихателна недостатъчност, остра токсична пулмопатия.

Кардиотоксичен синдром.

Нефротоксичен синдром (остра бъбречна недостатъчност).

Гастроентероколитен синдром (иритативни и корозивни увреждания на стомашно-чревния тракт, екзотоксичен гастроентероколит).

Хепатотоксичен синдром (остър токсичен хепатит, остра чернодробна недостатъчност).

Хемотоксичен синдром – остри екзогенни: метхемоглобинемия, хемолиза, карбоксиемoglobinемия, токсично потискане на хемопоезата, ДИК синдром.

Дисметаболитен екзотоксичен синдром.

Епикутанен екзотоксичен синдром.

Полиорганна недостатъчност (два или повече органа).

Екзотоксичен шок.

- **Странични и токсични действия на лекарствени средства (нежелани лекарствени реакции)**

- Усложнения от страна на вътрешни органи и системи (дихателна, храносмилателна, отделителна), при острите екзогенни интоксикации.

Всички пациенти с анамнестични и клинични данни за остро екзогенно отравяне или странично действие на лекарствено средство с интоксикационен синдром се хоспитализират в Клиника/отделение по токсикология или ОАИЛ/КАИЛ или КСИТ.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ОТРАВЯНИЯ С:

Противоалергични и противоеметични лекарства

Степенно нарушение на съзнанието със или без възбудни прояви.

Кардиотоксичен синдром.

Опиати и сродни наркотици

Депресия на дишането до апное.

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието.

Салицилови препарати, ароматни аналгетици неklasирани другаде, пиразолови производни

Гастроинтестинален синдром.

Дисметаболически синдром.

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.

Общотоксичен синдром.

Седативни и сънотворни вещества – барбитурати, група на глутетимида и неуточнени

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.

Остра дихателна недостатъчност до апное.

Дисметаболически синдром.

Епикутанен (кожен) синдром.

Психотропни вещества – антидепресанти (тимоаналептици), транквилизатори – фенотиазини, бензодиазепини, бутирофенонови и други, психолептици, невролептици, психодизлептици (халюциногени), психостимуланти и неуточнени психотропни медикаменти

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, делир, гърчове.

Кардиотоксичен синдром.

Екстрапирамиден синдром.

Остра дихателна недостатъчност до апное.

Холинолитичен синдром.

Дисметаболически синдром.

Медикаменти действащи предимно върху сърдечносъдовата система – кардиотонични гликозиди и лекарства със сродно действие; хипотензивни, други и неуточнени медикаменти

Кардиотоксичен синдром – тахикардия, брадикардия, ритъмни и проводни нарушения, хипотония, сърдечен арест.

Екзотоксичен шок.
Гастритен синдром.
Дисметаболический синдром.

Отравления от други неуточненные лекарства – препараты за отказване от алкохола

Невровегетативен синдром.
Церебротоксичен синдром.
Кардиотоксичен синдром.

Токсично въздействие на етилов алкохол

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието.
Дисметаболический синдром.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на метилов алкохол

Тежък дисметаболический синдром.
Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.
Увреждане на зрителния анализатор.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на изопропилов алкохол

Нефротоксичен синдром до остра бъбречна недостатъчност.
Тежък дисметаболический синдром.
Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на петрола и продуктите му

Пулмотоксичен синдром.
Церебротоксичен синдром.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на непетролни разтворители – тетрахлорметан

Хепатотоксичен синдром.
Нефротоксичен синдром до остра бъбречна недостатъчност.
Церебротоксичен синдром.
Гастритен синдром.
Дисметаболический синдром.

Токсично въздействие на разяждащи вещества от ароматния ред, киселини и основи

Азотна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Сярна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Солна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Натриева основа – корозивен и общотоксичен синдром.

Мравчена киселина – корозивен и ренотоксичен синдром.

Оцетна киселина – корозивен, хемотоксичен (хемолиза) и ренотоксичен синдром.

Оксалова киселина – корозивен и ренотоксичен синдром, хипокалциемия.

Млечна киселина – корозивен синдром.

Лимонена киселина – корозивен синдром.

Мастни алдехиди – корозивен, церебро-, рено-, хепатотоксичен, дисметаболичен, пулмотоксичен синдром.

Анилин – хемотоксичен, метхемоглобинемия (хемолиза), хепатотоксичен, ренотоксичен, церебротоксичен синдром.

Нафталин – Хемотоксичен, метхемоглобинемия (хемолиза), церебротоксичен, хепатотоксичен, ренотоксичен, синдром.

Токсично въздействие на въглеродния диоксид

Хипоксичен синдром – степенна до тотална хипоксия.

Церебротоксичен синдром.

Кардиотоксичен синдром.

Токсично въздействие на вредни продукти, използвани като храна – гъби

Кратък латентен период – 30 минути – 4-6 часа:

- **иритативни** – гастроинтестинален синдром, дехидратация до хиповолемичен шок.
- **мускаринови** – гастроинтестинален синдром; мускаринов (холиномиметичен) синдром.
- **пантеринови** – гастроинтестинален синдром след кратък латентен период; пантеринов (холинолитичен) синдром, делир.
- **хелвелно** гъбно отравяне – хепатотоксичен синдром.
- **ореланово отравяне** – гастритен синдром, ренален синдром (тубулоинтерстициален нефрит, ОБН, уремична кома), хепатален синдром – дискретен.
- **шизофреноподобно отравяне**
- **нитроидно отравяне**

Токсично въздействие на други вещества от нелекарствен произход:

Фосфорорганични съединения, карбамати

Гастроинтестинален синдром.

Церебротоксичен синдром.

Мускариноподобен, никотиноподобен и церебрален синдром – обилно изпотяване, саливация, брадикардия, тесни зеници, белодробен застой до оток.

Кардиотоксичен синдром.

Екзотоксичен шок.

Общотоксичен синдром.

Други пестициди

Параквати – гастритен, пулмотоксичен, рено- и хепатотоксичен синдроми, катарални възпалителни промени в белите дробове;

Карбамати и други – гастритен, церебротоксичен синдроми; дерматити; катар на очна, назофарингеална и дихателна лигавица, множествени хеморагии (кумаринови производни).

Змии, насекоми и други

Локален синдром – хеморагични петна, оток и болка на мястото на ухапването, регионален лимфаденит;

Хемотоксичен синдром – хеморагична диатеза;

Общотоксичен синдром – прилошаване, адинамия, отпадналост;

Невротоксични прояви – преходна парализа, най-често преходна птоза на горни клепачи;

Алергичен синдром – обриви, отоци, шок;

Тежка степен – шок, делир, изявена хеморагична диатеза.

Критерии за лечение на тежко и крайно тежко отравяне в реанимация (интензивно отделение):

Изразен интоксикационен синдром:

- нарушено съзнание – 2-4 степен;
- дихателна недостатъчност – 2-4 степен;
- сърдечно - съдова недостатъчност – 2-4 степен;
- дисметаболически синдром.

Наличието на един или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация (интензивно отделение).

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог. След приключване на интензивното лечение пациентът се превежда в Клиника по токсикология за довършване на лечебния процес.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация с посочения специалист.

Принципи и насоки за поведение

Започва се в токсикологичен кабинет/противошокова зала, след което - в Клиника/отделение по токсикология или интензивно отделение по преценка.

Лечение на отравяния от противоалергични и противоеметични медикаменти

Стомашно-чревна очистка, форсирана диуреза (симптоматични средства, церебропротективни средства – антидотни комплекси (бипериден, диазепам, витамин B6), симптоматични средства.

Лечение на отравяния от опиати и сродни наркотици

Стомашно-чревна лаваж, антидотни комплекси (налоксон и други), церебропротективна и дихателна реанимация, изкуствена белодробна вентилация при нужда, инфузионна терапия на лечебни вещества, симптоматични средства.

Лечение на отравяния от салицилови препарати

Лека степен – стомашно-чревно почистване, гастропротективни препарати, форсирана диуреза, симптоматични средства.

Среднотежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, екстракорпорално почистване, алкализираща терапия според АКР-проследяване, гастропротективни препарати, витамини от група В, вит. К, седативни и симптоматични средства.

Тежка и много тежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, екстракорпорално почистване, алкализираща терапия според АКР-проследяване, гастропротективни препарати, витамини от група В, вит. К, седативни и симптоматични средства. Хемотрансфузия и изкуствена белодробна вентилация - при нужда.

Лечение на отравяния от седативни и сънотворни вещества – барбитурати, група на глутетимида, неуточнени седативни и сънотворни.

Лека степен – стомашно-чревно почистване, неколнократен лаваж на стомашно-чревния тракт, форсирана диуреза, церебропротективни средства – антидотни комплекси.

Среднотежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана, церебропротективни средства - пирацетам 4-10 г/24 ч., алкализиране според АКР.

Тежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, церебропротективни средства - пирацетам 8-12 г/24 ч., витамини от В група, алкализиране според АКР-проследяване, изкуствена белодробна вентилация при нужда, антибиотик по преценка, симптоматични средства, хемоперфузия и хемодиализа.

Лечение на отравяния от психотропни вещества – антидепресанти, фенотиазини, транквилизатори, психолептици, невролептици, бензодиазепини, психодизлептици, психостимуланти, неуточнени психотропни медикаменти

Лека степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, антидотни комплекси – церебропротективни, симптоматични, кардиопротективни средства, витамини от В група.

Среднотежка и тежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, церебропротективни средства – антидотни комплекси, антиконвулсивни, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда.

Крайно тежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, инфузионна терапия, антидотни комплекси, антиконвулсивни, противогърчови, кардиопротективни, церебропротективни, симптоматични средства, парентерално хранене, дихателна реанимация, изкуствена белодробна вентилация, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда, карбохемоперфузия.

Лечение на отравяния от медикаменти, действащи върху сърдечно - съдовата система – кардиотонични гликозиди, хипотензивни медикаменти и други неуточнени медикаменти действащи предимно върху ССС.

Стомашно-чревно почистване, инфузионна и антихипотензивна терапия; форсирана диуреза; кардиопротективни средства – катехоламини, холинолитици, антидотни комплекси, противошокови и симптоматични средства, церебропротективни средства, витамини от В група, антибиотик при нужда.

Карбохемоперфузия – при крайно тежка степен.

Дефибрилация, мониториране – при необходимост.

Лечение на отравяния от други неуточнени лекарства – препарати за отказване от алкохола

Стомашна промивка, очистителни клизми, инфузионна терапия, форсирана диуреза, витамин С, кардиопротективни, седативни, церебропротективни и симптоматични средства, дихателна реанимация.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на алкохола – етилов алкохол

Стомашно-чревно почистване, инфузионна терапия, церебропротективен комплекс, аналептици, симптоматични средства, витамини, дихателна реанимация, кислородотерапия.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на алкохола – метилов и изопропилов алкохол

Стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, антидотни комплекси (етанол, алкализирани средства), парентерално хранене, дихателна реанимация, кардиопротективно, церебропротективно и симптоматично лечение, витамини от В група, антибиотик при нужда, диализно лечение – хемодиализа.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на петрола и продуктите му

Стомашно-чревно почистване, инфузионна терапия, дихателна реанимация, кислородолечение, антихипоксични комбинации, церебропротективни, хепатопротективни и симптоматични медикаменти, витамини, антибиотик при нужда.

Лечение на отравяния от непетролни разтворители – тетраклорметан

Стомашно-чревно почистване, инфузионно, диализно лечение, антихипоксични комбинации, хепато- и ренопротективни, церебропротективни и симптоматични медикаменти, витамини.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на разяждащи вещества от ароматния ред, киселини и основи

При всички корозивни отравяния (с неорганични киселини и основи) - обсъждане на лечебно - диагностичното поведение съвместно с хирург и УНГ специалист.

Азотна киселина, сярна киселина, солна киселина, натриева основа – при тежки степени парентерално хранене. Инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, антибиотик.

Мравчена киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди.

Оцетна киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, хемодиализа - при необходимост.

Оксалова киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, калциеви препарати, кортикостероиди, хемодиализа - при необходимост.

Млечна киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение.

Лимонена киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, калциеви препарати.

Масни алдехиди – стомашна промивка, парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, ренопротективно, хепатопротективно, антихипоксични комбинации, симптоматично лечение, кортикостероиди, дихателна реанимация при нужда.

Анилин – инфузионно лечение, хемопротективно (хемотрансфузия по преценка), ренопротективно, кортикостероиди, антихипоксични комбинации.

Нафталин – инфузионно лечение, хемопротективно (хемотрансфузия по преценка), ренопротективно, кортикостероиди, антихипоксични комбинации.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на въглеродния диоксид

Кислородотерапия, дихателна реанимация, барокамера - при необходимост, инфузионно лечение, церебропротективни, кардиопротективни и симптоматични медикаменти.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на вредни продукти, използвани като храна – гъби

С кратък латентен период – 30 минути – 4-6 часа:

Стомашно-чревно почистване, инфузионна терапия

Седативни (микоатропиново отравяне)

Атропин (мускариново и шизофреноподобно отравяне)

Хепатопротективни и симптоматични средства

Ореланово отравяне – стомашно-чревна промивка, очистителни клизми, инфузионна терапия – водносолеви, глюкозови, левулозни разтвори, калциум глюконат, кортикостероиди, диализно лечение.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на други вещества от нелекарствен произход – фосфорорганични съединения и карбамати, други пестициди, некласирани другаде, отрови от змии, насекоми и други.

Фосфорорганични съединения – стомашно-чревно почистване, лаваж на стомашно-чревния тракт 3-4 дни, форсирана диуреза, антидотно лечение (атропин, обидоксим хлорид), антидотни комплекси, хемотрансфузия, прясна кръв, плазма, парентерално хранене, дихателна реанимация, кардиопротективни и церебропротективни средства, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда, хемоперфузия по преценка.

Параквати и карбамати – стомашно-чревно почистване, тоалет на кожа и лигавици, кортикостероиди, дихателна реанимация, инфузионно лечение, антибиотици, симптоматични средства.

Отрови от змии, насекоми и други – противошокова терапия, кортикостероиди, витамин К, имобилизация на крайника, обработка на раната при нужда. При необходимост – дихателна реанимация, кардиопротективни, церебропротективни, аналгетични и симптоматични средства, никсомолекулярни хепарини; противозмийски серум – по индивидуална преценка от токсиколог, съобразно етиологичния момент и клиничната картина.

АНТИДОТИ

ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ОТРАВЯНИЯ

АНТИДОТ	АНТИДОТНО ДЕЙСТВИЕ	ДОЗИРОВКА
Адсорган 40% сиаргел, 10% карбо аргентес, 50% озахарена ароматизирана какаова маса, 25% сребро	Адсорбиращ ефект при отравяния перорално <i>Не се използва за стомашна промивка!</i>	1-2 чаени лъжички дневно
Амилум нитрозум	При цианови отравяния	Капсули
Ацетилцистеин	При отравяния с ацетаминофен	70-140 мг / кг пер ос
Ацидум аскорбиникум (витамин С) Ампула 5% и 10% - 2 мл 10% - 5 и 10 мл	Директно редуцира метхемоглобина /хемиглобина/ в хемоглобин. Универсален активатор на клетъчния метаболизъм.	От 20-200 мг и.в. при метхемоглобинемии - до 14 години До 2000 мг над 14 години
Ацидум фоликум Ампула 0,015 -1 мл	Метаболитен реактиватор на хемопоезата при потискането ѝ от	0,5-1 мг и.м. 3 пъти дневно до 1 год. 1-5 мг и.м. /пер ос/ до 14 год.

табл. 0,005 г	хемотоксични отрови / сулфонамиди, пиразолонови препарати, парацетамол, цитостатици/	от 5-20 мг 3 пъти дневно от 14-18 год. и.м. /пер ос/
Атропинум сулфурикум Ампула 0,1% - 1 мг	Компетитивен и функционален антагонист при остри отравяния с ФОС, ацетилхолин, физостигмин, мускарин, пилокарпин, нивалин и др. антихолинестеразни средства	0,1 мг / кг 0,1-0,3 мг и.в. / s.c., 4-6 пъти - до 1 година от 0,2-0,5 мг и.в. / s.c., 4-6 пъти – до 5 год. 0,5-1 мг и.в. / s.c. 6-8 пъти При ФОС отравяне – до атропинизация
Белтъчна вода	При корозивни отравяния	2-3 сурови белтъка в 200 мл вода
Бипериден Ампула 5 мг – 1 мл Табл. 2 мг	При отравяния с екстрапирамидна симптоматика.	1 мг /0,2 мл/ - до 1 год. и.м., и.в 2 мг /0,4 мл/ - до 5 год. и.м., и.в 3 мг /0,6 мл – до 14 год. и.м., и.в пер ос
Витамин В₆ Ампула 50 мг – 1 мл	Метаболитно компетитивно действие при остри отравяния с хидразида на изоникотиновата киселина /римицид/	5 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно – до 1 година 25 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно – 2-5 год. 50-100 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно – 5-14 год.
Витамин К₁ Ампули 10 мг	Варфарин Протектор на съсирването	1-5 мг и.в., и.м., s.c.
Витамин Е	Антиоксидант, хепатопротектор	1-3 ампл. дневно i.m.
Глюкагон Ампула 0,5 мг	Метаболитно действащ антидот при остри отравяния с комбинация бета-блокери и хипогликемични препарати, инсулиново отравяне или предозиране. Корегира хипогликемията	50 мг / кг /24 часа и.в.
Десфериоксамин Ампула суха субстанция 0,5 г с разтворител от 5 мл	Специфичен антидот при остри и хронични отравяния с желязни съединения, действащ по принципа на хелатообразуването	5-10 г р-р във вода преди стомашна промивка; съчетанието с р-р на натриев бикарбонат повишава ефективността му в стомаха. До 15 мг / кг т. И.в. капелно, бавно
Диазепам Ампула 10 мг – 2 мл	Метаболитно инхибиране на ГАМК – трансминаза, забавено разграждане на ГАМК и увеличаване на количеството ѝ в главния мозък. Противогърчов, седативен и миорелаксиращ ефект. При остри отравяния със стрихнин, хинин, пантеринови гъби, ФОС, халогенирани въглеводороди и други	0,5-1 мг / кг т. И.м.
Димеркапрол Ампула маслен р-р 0,1 г – 1 мл	Хелатообразуващ антидот при отравяния с антимон, бисмут, злато, живак, кобалт, цинк, арсенови съединения	2,5-3 мг / кг т. И.м. през 4 часа първите 2 денонощия следващите 2 денонощия – през 6 часа следващите 2 денонощия – през 8 часа
Д-пенициламин Табл. 250 мг	Хелатообразуващ ефект при отравяния от мед, олово, живак.	0,01-0,04 г / кг т. – 4-6 приема 30 мин. Преди хранене
4-ДМАР (диметиламинофенол) Ампула спринцовка 250 мг – 5 мл	Компетитивно действие по отношение афинитета на цианоли и нитрилни съединения, сероводород и други към цитохромоксидазата	3-4 мг/кг т. И.в. с интравенозно вливане на 100 мл 10% натриев хипосулфат /тиосулфат/
ЕДТА динатриум /Na 2 EDTA/ Ампула 250 мг – 20 мл	Хелатообразуващ антидот при контакт с калциеви съединения на водноразтворими комплекси. При отравяния със сърдечни гликозиди, етиленгликол и калциева основа.	От 0,5 до 4 г в 250 мл глюкозен серум и.в. капелно / 24 часа; през 6 или 4 часа
ЕДТА калций динатриум (Ca Na 2 EDTA) Ампула 150 мг – 5 мл	Хелатообразуващ антидот поради повишен афинитет към йоните на тежки метали: олово, хром, цинк, кадмий, мед, желязо, манган, талий.	300- мг / кг т. За 24 часа и.в., през интервали 4-6 часа до 3 дни; 250-500 мл глюкозиран серум и.в. капелно бавно; + витамин В ₆ 100-200 мг и.в. / 24 часа
ЕДТА дикобалт (Co2EDTA) Ампули 300 мг – 5 мл	Хелатообразуващ антидот при цианови отравяния.	300-600 мг и.в. капелно в глюкозиран серум
Етанол	Блокира дехидрогеназите и инхибира биотрансформацията на отровата – метанол, етиленгликол	0,75 мл / кг / час, след това 0,50 мл / кг на 6 часа – и.в. само при крайно тежки интоксикации
Калциев глюконат Ампула 10% - 10 мл	Метаболитно и хелатообразуващо действие при остри отравяния с етиленгликол, фенолови препарати, флуорни съединения, калциеви антагонисти.	От 0,6 мл / кг и.в. капелно / 24 часа

Карбо медициналис	За стомашна промивка във воден р-р при отравяния по перорален път	Универсален адсорбент
Кофеинум Ампула 200 мг – 1 мл	Функционален антагонист при остри отравяния с алкохол, церебродепресивни лекарствени средства	½ до 1 ампула и.в. през 30 мин до 3 амп. При алкохолна кома, фракционирано през 4-3 часа по 1 амп. И.в., s.c. – отравяния с церебродепресивен с-м
Магнезиум сулфурикум	За депурация на чревен тракт	
Меклофеноксат Ампула 250 мг суха субстанция с разредител	Действие чрез функционален антагонизъм при церебродепресивно протичащи остри отравяния	50-100-250 мг 3-4 пъти дневно над 3 години в глюкозиран серум капелно и.в.
Налоксон Ампула 0,4 мг – 1 мл	Компетитивен механизъм при отравяния с морфинови препарати и опиевидни алкалоиди.	10-20 мкг / кг т. до 6 мес. 0,01 мг / кг т. при деца 0,1-0,4 мг – 1,6 мг 14-18 год. и.м., и.в., сублингвално 3-4 пъти
Натриум бикарбоникум 8,4% амп. 10 мл	Дисметаболически синдром /барбитурови, антидепресанти, етиленгликол, метанол и други/	1-2 mEq/kg и.в.
Натриум нитрозум Ампула 2% - 10 мл	Метаболитно действие при отравяния с цианови съединения	0,2-0,4 мл / кг и.в. в зависимост от Hb / 8-14 г Hb /
Натриум хипосулфурозум Ампула 1% - 10 мл	Хелатообразуващо и метаболитно действие при отравяния с цианови съединения	1,10- 2 мл / кг в зависимост от Hb / 8-14 г Hb / и.в. струйно след натриум нитрозум
Неостигмин Синтостигмин Физостигмин	При холинолитичен синдром (делир)	1-2 мг субкутанно Внимание! – при деца опасност от белодробен оток
Обидоксим хлорид (холинестеразоактиватор) Ампула 250 мг – 5 мл	Остри отравяния от ФОС	4-8 мг / кг т. / 24 часа през 8-12 часа и.в. в глюкозиран серум капелно
Пирацетам Ампула 5 мл – 1 г пирацетам	Хипероксидантно действие и стимулиращ потиснатата ЦНС при остри отравяния с церебродепресивни отрови	0,25-0,5-1,0-5,0 г / 24 часа, през 4-6 часа
Протамин сулфат Ампула 1% - 5 мл	Неутрализиращ ефект спрямо хепарина.	1 мл 1% р-р и.в. за 2 мин 1 мг неутрализира 100 Е хепарин
Пеницилин Флакони 250 000; 500 000; 1 000 000 UI	Компетитивно действие по отношение на фалоеидните гъбни токсини	25 000-400 000 UI / кг т. / 24 часа през 4-6 часа и.в. първите 3 дни
Силибинин Флакони по 500 мг	Компетитивно действие при фалоеидно гъбно отравяне.	20 мг / кг т. и.в. капелно / 24 часа
Течен парафин	При отравяния от ФОС и нефтопродукти	20 -100 мл в зависимост от възрастта

При възрастни пациенти – съответно изчислени дози.

ЛЕЧЕНИЕ С АНТИБИОТИЦИ ПРИ ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ИНТОКСИКАЦИИ И ТОКСОАЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Антибиотичното лечение цели ликвидиране на възпалителните процеси в органи и системи, или овладяване на настъпилите постинтоксикационни усложнения. Антибактериалното лечение започва без да се изчака резултатът от микробиологичното изследване. Започва се с антимикробни средства, които постигат висока концентрация в кръвта и урината. Динамично проследяване, контролна Ro-графия, фебрилитет, микробиологично изследване и консултация с микробиолог (по преценка) се решава с какъв медикамент и продължителност да протече това лечение.

Препоръчително е:

Без специални показания да не се провеждат антибиотични курсове по-продължителни от 7-10 дни, след което се отчита ефектът върху клиничните и лабораторните прояви на заболяването. При нужда се назначава антибактериално лечение с друг препарат съобразно микробиологичното изследване, контролна Ro-графия, ПКТ и други до пълното излекуване на заболяването.

Задължителен контрол 10-20 дни след приключване на лечението.

Антибиотичното лечение трябва да бъде съобразено с:

Анамнеза за предшестваща алергия към дадения антибиотик.

Анамнеза за прием на други медикаменти, които биха могли да влязат в нежелани лекарствени взаимодействия с избрания антибиотик и да намалят неговото действие или засилят страничните ефекти.

При бъбречна и чернодробна недостатъчност дозировката на медикамента се съобразява със степента на увреждането.

Налична бременност.

Лекарят информира пациента относно начина и разпределението на приемите на антибиотика по часове, както и за евентуалните странични ефекти при неговото приложение. За редовното приемане на антибиотика се грижат лекуващата и дежурната медицинска сестра.

Лечение с кортизонови препарати

Задължително при интоксикация с корозивни вещества, когато има ендоскопски данни за увреда на хранопровода и стомаха от II и III-та степен. Лечението се преустановява след отзвучаване на възпалението, но не по-късно от третата седмица.

Лечение с протеазни инхибитори

Препоръчва се при изгаряния от III-та степен, с лабораторни данни за остър панкреатит.

Лечение с антисекреторни средства (H-2 блокери или инхибитори на протонната помпа) – задължително при изгаряния на хранопровода и стомаха от II и III-та степен.

Контролни изследвания на отклоненията в жизнените параметри и биологични показатели задължително се извършват в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина, потвърдена от химико-токсикологичен анализ (при доказвана нокса), параклиника и тяхната динамика, изключване на алтернативни диагнози, резултати от образните изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- корекция на отклоненията в жизнените показатели;
- отзвучаване на клиничните симптоми и приключване на медикаментозното лечение;
- клинично подобрене, допускащо довършване на лечението в дома.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

В случай, че в хода на диагностично-лечебния процес се установи злокачествено заболяване пациентът се насочва задължително към клинична онкологична или клинична хематологична комисия.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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”* - 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”* - 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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Острото екзогенно отравяне е заболяване, което може бързо да прогресира, да увреди органи и системи, да застраши живота или да доведе до инвалидизация. Налага се задължителна спешна хоспитализация, защото в домашни условия е невъзможно да се проведе адекватно лечение и да се постигне желания резултат.

Престоят на пациента в клиниката продължава в зависимост от динамиката на отравянето. При необходимост се извършват различни изследвания, консултации и други допълнителни изследвания, за които пациента ще бъде допълнително информиран.

Лечението включва дезинтоксикаращи коктейли, форсирана диуреза, очистителни комплекси и други средства според спецификата на отравянето. Продължителността на лечение зависи от ноксата (отровата), причинила заболяването и от клиничното протичане. Медикаментите се прилагат през устата, парентерално или инхалаторно в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По време на лечебния процес в клиника/отделение по токсикология пациентът трябва да спазва предписания режим, както и да съобщава на лекуващия лекар всички възникнали проблеми и оплаквания, които счете за важни.

Роднини и близки на пациента могат да го посещават ежедневно в определените за свиждане часове. При тежки отравяния сведения за пациента се дават по всяко време от лекуващия/дежурния лекар.

Лекуващият екип следи за здравословното състояние на пациента в продължение на целия престой от приема в болницата, докато то се подобри и стане възможно изписването. При отказ от болнично лечение изписването става срещу подпис по всяко време. Необходимо е това желание да бъде изразено писмено, като така лекуващия екип се освобождава от отговорността за по-нататъшното здравословно състояние на пациента.

При корозивните изгаряния на хранопровода и стомаха с основи или киселини има две фази в клиничното протичане: остра и хронична фаза.

Острата фаза се характеризира с остро възпаление на лигавицата с опасност от генерализиране на инфекцията или с пробив на органа в гръдната (коремната) кухина. Лечението и болничното наблюдение има за цел излекуване на възпалителните симптоми и хирургична намеса при настъпило усложнение.

В хроничната фаза при всички случаи на изгаряне от 2 и 3 степен настъпват късни усложнения – стеснение на хранопровода или стомаха, което може да бъде изразено в различна степен. Стеснението на хранопровода се дилатира (разширява) със специални сонди или балони, което може да продължи до 2 години от началото на увреждането. В случай на неуспех, пробив на хранопровода или при хирургични индикации, се извършва пластика на хранопровода с дебело черво или стомах.

Стеснението на стомаха от киселини се лекува само оперативно.

ЛЕЧЕНИЕ С АНТИБИОТИЦИ ПРИ ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ИНТОКСИКАЦИИ И ТОКСОАЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ (ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА)

Антибиотичното лечение цели ликвидиране на възпалителния процес, предотвратяване или овладяване на настъпилите усложнения в органи и системи при остри екзогенни интоксикации или токсоалергични заболявания. Антибактериалното лечение се започва без да се изчака резултатът от микробиологичното изследване. Започва се с антимикробни средства, които постигат висока концентрация в кръвта и урината. След динамично проследяване на обективното състояние и необходимите изследвания се решава с какъв медикамент и продължителност да протече това лечение.

Пациентът ще бъде информиран от лекуващия лекар с какъв антибиотик ще се провежда лечението му и ще бъде разпитан за известна предшестваща алергия към този медикамент, както и за това какви други лекарства и по какъв повод ги взема. По този начин ще се предотвратят нежелани лекарствени взаимодействия и странични ефекти.

Лекарят информира пациента относно начина и разпределението на приемите на антибиотика по часове, както и за евентуалните странични ефекти при неговото приложение. За редовното приемане на антибиотика се грижат лекуващата и дежурната медицинска сестра.

2. ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Отравяне със системнодействащи антибиотици

Не включва: отравяния от антибиотици:

- с противотуморно действие (T45.1)
- за локално приложение, НКД (T49.0)
- прилагани за лечение на:
 - ухо, нос и гърло (T49.6)
 - око (T49.5)

T36.0 Пеницилини

T36.1 Цефалоспорини и други β-лактамазообразуващи антибиотици

T36.2 Групата на хлорамфеникола

T36.3 Макролиди

T36.4 Тетрациклини

T36.5 Аминогликозиди
Стрептомицин

T36.6 Рифампицини

T36.7 Антимикотични антибиотици със системно действие

T36.8 Други системнодействащи антибиотици

Отравяне с други антиинфекциозни и антипаразитни средства със системно действие

Не включва: антиинфекциозни средства:

- за локално приложение, НКД (T49.0)
- за лечение на болести на:
 - ухо, нос и гърло (T49.6)
 - око (T49.5)

T37.0 Сулфонамиди

T37.1 Антимикобактериални препарати
Не включва: рифампицини (T36.6)
стрептомицин (T36.5)

T37.2 Противомаларийни препарати и лекарствени средства, действащи върху други протозои в кръвта
Не включва: производни на хидроксихинолина (T37.8)

T37.3 Други антипротозойни препарати

T37.4 Противохелминтни лекарствени средства

T37.5 Противовирусни препарати
Не включва: амантадин (T42.8)
цитарабин (T45.1)

T37.8 Други уточнени противомикробни и противопаразитни средства със системно действие
Производни на хидроксихиноина
Не включва: антималярийни препарати (T37.2)

Отравяне с хормони, синтетичните им заместители и антагонисти, неклассифицирани другаде

Не включва: минералкортикоиди и антагонистите им (T50.0)
окситоцинови хормони (T48.0)
паратиреоидни хормони и производните им (T50.9)

- T38.0 Глюкокортикоиди и синтетичните им аналози**
Не включва: глюкокортикоидите за локално приложение (T49.—)
- T38.1 Тиреоидни хормони и производните им**
- T38.2 Антитиреоидни препарати**
- T38.3 Инсулин и перорални хипогликемични [противодиабетични] препарати**
- T38.4 Перорални контрацептиви**
 Поли- и еднокомпонентни препарати
- T38.5 Други естрогени и прогестогени**
 Смеси и заместители
- T38.6 Антигонадотропини, антиестрогени, антиандрогени, неклассифицирани другаде**
 Tamoxifen
- T38.7 Андрогени и анаболните им аналози**
- T38.8 Други и неуточнени хормони и синтетичните им заместители**
 Хормони от предния дял на хипофизата
- T38.9 Други и неуточнени антагонисти на хормоните**

Отравяне с неопиоидни обезболяващи, антипиретични и противоревматични средства

- T39.0 Салицилати**
- T39.1 Производни на 4-aminophenol**
- T39.2 Производни на пиразолона**
- T39.3 Други нестероидни противовъзпалителни средства [NSAID]**
- T39.4 Противоревматични средства**
Не включва: глюкокортикоиди (T38.0)
 салицилати (T39.0)
- T39.8 Други неопиоидни аналгетици и антипиретици, неклассифицирани другаде**

Отравяне с наркотични и психодислептични [халюциногенни] средства

Не включва: лекарствена зависимост и психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества (F10—F19)

- T40.0 Опиум**
- T40.1 Хероин**
- T40.2 Други опиати**
 Кодеин
 Морфин
- T40.3 Метадон**
- T40.4 Други синтетични наркотици**
 Петидин
- T40.5 Кокаин**
- T40.6 Други и неуточнени наркотици**
- T40.7 Канабис (производни)**
- T40.8 Лизергид [LSD]**
- T40.9 Други и неуточнени психодислептици [халюциногени]**
 Мескалин
 Псилоцин
 Псилоцибин

Отравяне с анестетични средства и терапевтични газове

Не включва: бензодиазепини (T42.4)
 кокаин (T40.5)
 опиати (T40.0—T40.2)

- T41.0 Средства за инхалационна наркоза**
Не включва: кислород (T41.5)
- T41.1 Интравенозни анестетици**
 Тиобарбитурати
- T41.2 Други и неуточнени средства за обща наркоза**
- T41.3 Локални анестетици**

Отравяне с антиепилептични, седативни, сънотворни и антипаркинсонови средства

- T42.0 Производни на хиантоина**
- T42.1 Иминостилбени**
 Carbamazepine
- T42.2 Сукцинимиди и оксазолидиндиони**
- T42.3 Барбитурати**
Не включва: тиобарбитурати (T41.1)
- T42.4 Бензодиазепини**
- T42.5 Смесени антиепилептични препарати, неклассифицирани другаде**
- T42.6 Други антиепилептични, седативни и сънотворни средства**
 Метаквалон
 Валпроева киселина
Не включва: карбамазепин (T42.1)
- T42.7 Антиепилептични, седативни и сънотворни средства, неуточнени**
 Сънотворни: } БДУ
 • микстури
 • прахчета
 • таблетки
- T42.8 Лекарства против паркинсонизъм и други мускулни депресанти с централно действие**
 Амантадин

Отравяне с психотропни лекарствени средства, неклассифицирани другаде

- Не включва:*** средства, потискащи апетита (T50.5)
 барбитурати (T42.3)
 бензодиазепини (T42.4)
 лекарствена зависимост, психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества (F10—F19)
 метаквалон (T42.6)
 психодислептици [халюциногени] (T40.7—T40.9)
- T43.0 Трициклични и тетрациклични антидепресанти**
- T43.1 Антидепресанти - инхибитори на моноаминоксидазата**
- T43.2 Други и неуточнени антидепресанти**
- T43.3 Антипсихотични и невролептични препарати (на базата на фенотиазина)**
- T43.4 Бутирофенонови и тиоксантенови невролептици**
- T43.5 Други и неуточнени антипсихотични и невролептични препарати**
Не включва: препарати на рауволфия (T46.5)
- T43.6 Психостимулиращи средства с възможност за пристрастяване към тях**
Не включва: кокаин (T40.5)
- T43.8 Други психотропни средства, неклассифицирани другаде**

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на вегетативната нервна система

- T44.0 Инхибитори на холинестеразата**

- T44.1 Други парасимпатикомиметици [холинергици]**
- T44.2 Ганглиоблокиращи средства, неклаифицирани другаде**
- T44.3 Други парасимпатиколитични [антихолинергични и антимукаринови] и спазмолитични средства, неклаифицирани другаде**
Папаверин
- T44.4 Агонисти предимно на α -адренорецепторите, неклаифицирани другаде**
Metaraminol
- T44.5 Агонисти предимно на β -адренорецепторите, неклаифицирани другаде**
Не включва: салбутамол (T48.6)
- T44.6 Антагонисти предимно на α -адренорецепторите, неклаифицирани другаде**
Не включва: ергоалкалоиди (T48.0)
- T44.7 Антагонисти предимно на β -адренорецепторите, неклаифицирани другаде**
- T44.8 Централнодействащи и адреноневронблокиращи средства, неклаифицирани другаде**
Не включва: клофелин (T46.5)
гуанетидин (T46.5)
- T44.9 Други и неуточнени лекарствени средства, действащи предимно върху вегетативната нервна система**
Лекарствени средства, стимулиращи и двата адренорецептора (α и β)

Отравяне с препарати, предимно със системно действие, и хематологични агенти, неклаифицирани другаде

- T45.0 Антиалергични и антиеметични средства**
Не включва: нерволептици от фенотиазиновата група (T43.3)
- T45.1 Противотуморни и имуносупресивни средства**
Противотуморни антибиотици
Цитарабин
Не включва: tamoxifen (T38.6)
- T45.2 Витамини, неклаифицирани другаде**
Не включва: никотинова киселина [производни] (T46.7)
витамин К (T45.7)
- T45.3 Ензими, неклаифицирани другаде**
- T45.4 Желязо и съединенията му**
- T45.5 Антикоагуланти**
- T45.6 Средства, въздействащи върху фибринолизата**
- T45.7 Антагонисти на антикоагулантите, витамин К и други коагуланти**
- T45.8 Други препарати, предимно със системно действие, и хематологични агенти**
Чарнодробни препарати и други антианемични средства
Естествена кръв и кръвни продукти
Субстанция на плазма
Не включва: имуноглобулин (T50.9)
желязо (T45.4)

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на сърдечно-съдовата система

Не включва: metaraminol (T44.4)

- T46.0 Кардиотонични глюкозиди и препарати с аналогично действие**
- T46.1 Блокери на калция в каналчетата**
- T46.2 Други антиаритмични средства, неклаифицирани другаде**
Не включва: антагонисти на β -адренорецепторите (T44.7)
- T46.3 Коронарни вазодилатори, неклаифицирани другаде**
Дипиридамола
Не включва: антагонисти на β -адренорецепторите (T44.7)
блокери на калциеви канали (T46.1)

- T46.4** **Инхибитори на ангиотензинконвертиращите ензими**
- T46.5** **Други хипотензивни средства, неклассифицирани другаде**
Клонидин
Гуанетидин
Рауволфия
Не включва: антагонисти на β -адренорецепторите (T44.7)
блокери на калциеви канали (T46.1)
диуретици (T50.0—T50.2)
- T46.6** **Антихиперлипидемични и антиатеросклеротични средства**
- T46.7** **Периферни вазодилататори**
Никотинова киселина (производни)
Не включва: папаверин (T44.3)
- T46.8** **Антиварикозни средства, включително склерозиращи агенти**
- T46.9** **Други и неуточнени средства, влияещи предимно върху сърдечно-съдовата система**

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на храносмилателната система

- T47.0** **Антагонисти на хистаминовите H_2 -рецептори**
- T47.1** **Други антиацидни препарати и препарати, потискащи стомашната секреция**
- T47.2** **Дразнещи слабителни средства**
- T47.3** **Солеви и осмотични слабителни средства**
- T47.4** **Други лаксативни средства**
Препарати, стимулиращи чревната перисталтика
- T47.5** **Препарати, стимулиращи храносмилането**
- T47.6** **Антидиарийни лекарствени средства**
Не включва: антибиотици със системно действие и други противомикробни препарати (T36—T37)
- T47.7** **Еметизи**
- T47.8** **Други средства, действащи предимно върху стомашночревния тракт**

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на гладката и набраздената мускулатура и дихателната система

- T48.0** **Окситоцини**
Не включва: естрогени, прогестогени и антагонисти (T38.4—T38.6)
- T48.1** **Миорелаксанти [блокери на Н-холинорецепторите на набраздената мускулатура]**
- T48.2** **Други и неуточнени средства, действащи предимно върху мускулатурата**
- T48.3** **Противокашлечни средства**
- T48.4** **Отхрачващи средства**
- T48.5** **Средства против хрема**
- T48.6** **Антиастматични средства, неклассифицирани другаде**
Салбутамол
Не включва: агонисти на β -адренорецепторите (T44.5)
хормони на предния дял на хипофизата (T38.8)
- T48.7** **Други и неуточнени средства, действащи предимно върху дихателната система**

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно върху кожата и лигавиците, и с лекарства, използвани в офталмологията, оториноларингологията и стоматологията

Включва: глюкокортикоиди за местно приложение

- T49.0** **Локални антимикотични, противогрибкови и противовъзпалителни средства, неклассифицирани другаде**

- T49.1 Противосърбежни средства**
- T49.2 Локални аstringенти и детергенти**
- T49.3 Сметчаващи, успокояващи и протекторни (защитни) медикаменти**
- T49.4 Кератолитични, кератопластични и други препарати и средства за лечение на косата**
- T49.5 Офталмологични средства и препарати**
Очни противинфекционни препарати
- T49.6 Оториноларингологични средства и препарати**
Противинфекционни средства за лечение на болестите на ушите, носа и гърлото
- T49.7 Локалнодействащи лекарствени средства в стоматологията**
- T49.8 Други средства за локално приложение**

Отравяне с диуретици и други неуточнени лекарствени средства, медикаменти и биологични вещества

- T50.0 Минералкортикоиди и антагонистите им**
- T50.1 “Бримкови” диуретици [високо-прагови]**
- T50.2 Инхибитори на карбоанхидразата, бензотиадиазина и други диуретични средства**
Ацетазоламид
- T50.3 Препарати, влияещи на електролитния, калорийния и водния баланс**
Соли за перорална рехидратация
- T50.4 Препарати, влияещи на обмяната на пикочната киселина**
- T50.5 Средства, потискащи апетита**
- T50.6 Антидоти и хелатообразуватели, неклассифицирани другаде**
Средства за лечение на алкохолизъм, облекчаващи отказването от алкохол
- T50.7 Аналептични средства и антагонисти на “опиум”- рецепторите**
- T50.8 Диагностични средства**
- T50.9 Други и неуточнени лекарствени средства, медикаменти и биологични вещества**
Средства, повишаващи киселинността
Средства, повишаващи алкалността
Имуноглобулини
Антитела
Липотропни средства
Хормони на паратиреоидната жлеза и производните им

Токсично въздействие на алкохола

- T51.0 Етанол**
- T51.1 Метанол**
Метилов алкохол
- T51.2 2-пропанол**
Изопропилов алкохол
- T51.3 Фузелово масло**
Алкохол:
 - амилов
 - бутилов [1-бутанол]
 - пропилов [1-пропанол]
- T51.8 Други видове алкохол**

Токсично въздействие на органични разтворители

Не включва: халогенпроизводни деривати на алифатни и ароматни въглеводороди (T53.—)

- T52.0 Нефтопродукти**
 Газолин [бензин]
 Керосин [парафиново масло]
 Парафинов восък
 Петролиум:
 • етер
 • нафта
 • спирт
- T52.1 Бензол**
Не включва: хомолози на бензола (T52.2)
 нитро- и аминопроизводни на бензола и неговите хомолози (T65.3)
- T52.2 Хомолози на бензола**
 Толуол [метилбензол]
 Ксилен [диметилбензол]
- T52.3 Гликоли**
- T52.4 Кетони**
- T52.8 Други органични разтворители**

Токсично въздействие на халогенпроизводните алифатни и ароматни въглеводороди

- T53.0 Въглероден тетрахлорид**
 Тетрахлорметан
- T53.1 Хлороформ**
 Трихлорметан
- T53.2 Трихлоретилен**
 Трихлоретан
- T53.3 Тетрахлоретилен**
 Перхлоретилен
 Тетрахлоретан
- T53.4 Дихлорметан**
 Метиленхлорид
- T53.5 Хлорфлуоровъглероди**
- T53.6 Други халогенпроизводни алифатни въглеводороди**
- T53.7 Други халогенпроизводни ароматни въглеводороди**

Токсично въздействие на разяждащи вещества

- T54.0 Фенол и неговите хомолози**
- T54.1 Други разяждащи органични вещества**
- T54.2 Корозивни киселини и киселиноподобни вещества**
 Киселина:
 • солна
 • сярна
- T54.3 Корозивни основи и алкалоподобни вещества**
 Калиева основа
 Натриева основа
- T55 Токсично въздействие на сапуни и детергенти**

Токсично въздействие на метали

- Включва:** дим и пари от метали
 метали от всички източници, освен от медицински препарати
- Не включва:** арсен и неговите съединения (T57.0)
 манган и неговите съединения (T57.2)

талий (Т60.4)

- T56.0 Олово и неговите съединения
- T56.1 Живак и неговите съединения
- T56.2 Хром и неговите съединения
- T56.3 Кадмий и неговите съединения
- T56.4 Мед и нейните съединения
- T56.5 Цинк и неговите съединения
- T56.6 Калай и неговите съединения
- T56.7 Берилий и неговите съединения
- T56.8 Други метали

Токсично въздействие на други неорганични вещества

- T57.0 Арсен и неговите съединения
- T57.1 Фосфор и неговите съединения
Не включва: фосфороорганични инсектициди (Т60.0)
- T57.2 Манган и неговите съединения
- T57.3 Циановодород
- T57.8 Други уточнени неорганични вещества

T58 Токсично въздействие на въглеокиси

Токсично въздействие на други газове, дим и пари

Включва: аерозолни пропеленти
Не включва: хлорфлуоровъглероди (Т53.5)

- T59.0 Азотни окиси
- T59.1 Серен двуокис
- T59.2 Формалдехид
- T59.3 Сълзотворен газ
Слъзен газ
- T59.4 Газообразен хлор
- T59.5 Газообразен флуор и флуороводород
- T59.6 Сероводород
- T59.7 Въглероден двуокис
- T59.8 Други уточнени газове, дим и пари

Токсично въздействие на пестициди

- T60.0 Фосфорорганични и карбаматни инсектициди
- T60.1 Халогенни инсектициди
Не включва: хлорирани въглеводороди (Т53.—)
- T60.2 Други инсектициди
- T60.3 Хербициди и фунгициди
- T60.4 Родентициди
Талий
Не включва: стрихнин и неговите соли (Т65.1)
- T60.8 Други пестициди

Токсично въздействие на отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни морски продукти

Не включва: алергична реакция към храна, като:

- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (T78.0)
 - дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)
 - гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)
- бактериално хранително отравяне (A05.—)
токсично въздействие на замърсители на храна, като:
- афлатоксин и други микотоксини (T64)
 - цианиди (T65.0)
 - циановодород (T57.3)
 - живак (T56.1)

T61.0 Отравяне с риба *siguatera*

T61.1 Отравяне с риба от семейство скумрии
Хистаминоподобен синдром

T61.2 Отравяне с друга риба и молюски

T61.8 Токсично въздействие на други морски продукти

Токсично въздействие на други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти

Не включва: алергична реакция към храна, като:

- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (T78.0)
 - дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)
 - гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)
- бактериално хранително отравяне (A05.—)
токсично въздействие на замърсители на храна, като:
- афлатоксин и други микотоксини (T64)
 - цианиди (T65.0)
 - циановодород (T57.3)
 - живак (T56.1)

T62.0 В изядени гъби

T62.1 В изядени ягоди

T62.2 В друго(-и) изядено(-и) растение(-я)

T62.8 Други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти

Токсичен ефект от контакт с отровни животни

T63.0 Змийска отрова

T63.1 Отрова от други влечуги
Отрова от гущер

T63.2 Отрова от скорпион

T63.3 Отрова от паяк

T63.4 Отрова от други артроподи
Ухапване или ужилване от отровно насекомо

T63.5 Токсичен ефект от контакт с риба
Не включва: отравяне от изядена риба (T61.0—T61.2)

T63.6 Токсичен ефект от контакт с други морски животни
Медуза
Морска анемония
Животни с раковина или броня (твърда покривка) (рак,стрида и др.)
Морска звезда

Не включва: отравяне от изядени животни, имащи раковина или броня (рак,стрида и т.н.) (T61.2)
действие на отрова на морска змия (T63.0)

T63.8 Токсичен ефект от контакт с други отровни животни
Отрова от амфибия

T63.9 Токсичен ефект, обусловен от контакт с неуточнено отровно животно

T64 Токсичен ефект в замърсени хранителни продукти от афлатоксин и други

микотоксини

Токсичен ефект от други и неуточнени вещества

- T65.0 Цианиди**
Не включва: циановодород (T57.3)
- T65.1 Стрихнин и неговите соли**
- T65.3 Нитропроизводни и аминопроизводни на бензола и неговите хомолози**
Анилин [аминобензол]
Нитробензол
Тринитротолуол
- T65.4 Въглероден дисулфид**
- T65.5 Нитроглицерин и други азотни киселини и естери**
1, 2, 3-пропантриолтринитрат
- T65.6 Бои и оцветители, неклассифицирани другаде**
- T65.8 Токсичен ефект от други уточнени вещества**
- Y43.0 Антиалергични и антиеметични средства**
- Y49.5 Други антипсихотични и невролептични препарати**
Не включва: рауволфия (Y52.5)
- Y52.4 Инхибитори на ангиотензинконвертиращите ферменти**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ**ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ****Панендоскопия**

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

1933 Други неоперативни измервания на пикочо- половата система

91226-21 Химико-токсикологичен анализ на отрови в урина

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Друго измерване на дихателна функция

11503-12 Измерване на тотален белодробен капацитет
Измерване на абсолютен белодробен обем

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

1858 Измерване на артериални кръвни газове

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

- 91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
- 91921-00 Вземане на материали за химико-токсикологично изследване на кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните 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 се извършват и:

- 91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
- 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
- 91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
- 91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
- 91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
- 91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
- 91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
- 91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
- 91910-09 Изследване на протромбиново време
- 91913-01 Изследване на тромбоцити
- 91911-04 Изследване на D – димер тест

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

- 91919-07 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за токсикология

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ**1886 Перфузия**

- 22060-00 Перфузия на цяло тяло
- Изключва: 13100-00 Хемодиализа*

Други терапевтични интервенции на дихателна система

- 92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
- 92044-00 Друго кислородно обогатяване

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

- 14200-00 Стомашна промивка
- 92077-00 Друга ректална промивка

569 Вентилаторно подпомагане	
13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на плазма Трансфузия на албумин
Приложение на фармакотерапия	
96199-04	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антидот
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и три основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Химико-токсикологичен анализ на кръв и химико-токсикологичен анализ на урина се извършват по преценка на токсиколога.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение", от обхвата на медицинската специалност "Професионални болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Професионални болести" (само за кодове T52.0; T52.2; T52.8; T56.0; T56.1; T56.2; T56.3; T56.4; T56.5; T56.7; T56.8; T57.0; T57.2; T57.8; T65.0; T65.3 и T65.8), от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия" (за лица до 18 години).

1. 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 токсикология или ОАИЛ/КАИЛ или Клиника/отделение по педиатрия с интензивно звено
2. Клинична лаборатория *
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия

4. ЕКГ – апарат
5. Структура за диализно лечение - съгласно изискванията на медицински стандарт "Клинична токсикология"

Съгласно медицински стандарт по „Клинична токсикология“: Когато в дадено ЛЗБП няма структура по токсикология, обслужването на болните с остри отравяния може да започне в спешното отделение на болничното заведение, с последващо насочване за хоспитализация в ОАИЛ/КАИЛ или Клиника/отделение по Педиатрия с интензивно звено. Хоспитализирането на болния с остро отравяне може да се осъществява на територията на отделения/клиники по анестезиология и интензивно лечение или Клиника/отделение по педиатрия с интензивно звено при задължителна консултация с клиничен токсиколог. Привеждането към най-близката клиника/отделение по токсикология се осъществява по решение на специалиста по клинична токсикология.

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

2. 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. Химико-токсикологична лаборатория – съгласно изискванията на медицински стандарт по „Клинична токсикология“ (допуска се договор с лечебно заведение на територията на друга област)
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология
или

минимум четирима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение
или

в клиника/отделение по педиатрия – четирима лекари със специалност по педиатрия, единият от които с допълнителна квалификация за извършване на ехография;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП **задължително** следва да се осигури консултация със **специалист по клинична токсикология**, независимо че лечението се води от специалист по анестезиология и интензивно лечение в ОАИЛ/ КАИЛ или специалист по педиатрия в Клиника/отделение по педиатрия. **Клиничната пътека няма да се счита за завършена, ако не е извършена консултация със специалист по клинична токсикология.**

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на пациенти при:

1. клинични данни за остро екзогенно отравяне;
2. странични и токсични действия на лекарствени средства (нежелани лекарствени реакции);
3. усложнения от страна на вътрешни органи и системи (дихателна, храносмилателна, отделителна), при острите екзогенни интоксикации.

- **Остро екзогенно отравяне:**

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието (обнубилацио, сомнолентност, сопор, кома 1-4 степен, делир, гърчове).

Общотоксичен синдром – увреждане на общото състояние от екзогенната отрова.

Пулмотоксичен синдром – остра дихателна недостатъчност, остра токсична пулмопатия.

Кардиотоксичен синдром.

Нефротоксичен синдром (остра бъбречна недостатъчност).

Гастроентероколитен синдром (иритативни и корозивни увреждания на стомашно-чревния тракт, екзотоксичен гастроентероколит).

Хепатотоксичен синдром (остър токсичен хепатит, остра чернодробна недостатъчност).

Хемотоксичен синдром – остри екзогенни: метхемоглобинемия, хемолиза, карбоксиемoglobinемия, токсично потискане на хемопоезата, ДИК синдром.

Дисметаболически екзотоксичен синдром.

Епикутанен екзотоксичен синдром.

Полиорганна недостатъчност (два или повече органа).

Екзотоксичен шок.

- **Странични и токсични действия на лекарствени средства (нежелани лекарствени реакции)**

- **Усложнения от страна на вътрешни органи и системи (дихателна, храносмилателна, отделителна), при острите екзогенни интоксикации.**

Всички пациенти с анамnestични и клинични данни за остро екзогенно отравяне или странично действие на лекарствено средство с интоксикационен синдром се хоспитализират в Клиника/отделение по токсикология или ОАИЛ/КАИЛ или КСИТ.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ОТРАВЯНИЯ С:

Противоалергични и противоеметични лекарства

Степенно нарушение на съзнанието със или без възбудни прояви.

Кардиотоксичен синдром.

Опиати и сродни наркотици

Депресия на дишането до апное.

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието.

Салицилови препарати, ароматни аналгетици некласирани другаде, пиразолови производни

Гастроинтестинален синдром.

Дисметаболически синдром.

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.

Общотоксичен синдром.

Седативни и сънотворни вещества – барбитурати, група на глутетимида и неуточнени

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.

Остра дихателна недостатъчност до апное.

Дисметаболически синдром.

Епикутанен (кожен) синдром.

Психотропни вещества – антидепресанти (тимоаналептици), транквилизатори – фенотиазини, бензодиазепини, бутирофенонови и други, психолептици, невролептици, психодизлептици (халюциногени), психостимуланти и неуточнени психотропни медикаменти

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, делир, гърчове.

Кардиотоксичен синдром.

Екстрапирамиден синдром.

Остра дихателна недостатъчност до апное.

Холинолитичен синдром.

Дисметаболически синдром.

Медикаменти, действащи предимно върху сърдечносъдовата система – кардиотонични гликозиди и лекарства със сродно действие; хипотензивни, други и неуточнени медикаменти

Кардиотоксичен синдром – тахикардия, брадикардия, ритъмни и проводни нарушения, хипотония, сърдечен арест.

Екзотоксичен шок.

Гастритен синдром.

Дисметаболически синдром.

Отравяния от други неуточнени лекарства – препарати за отказване от алкохола

Невровегетативен синдром.

Церебротоксичен синдром.

Кардиотоксичен синдром.

Токсично въздействие на етилов алкохол

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието.

Дисметаболически синдром.

Гастритен синдром.

Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на метилов алкохол

Тежък дисметаболически синдром.

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.

Увреждане на зрителния анализатор.

Гастритен синдром.

Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на изопропилов алкохол

Нефротоксичен синдром до остра бъбречна недостатъчност.

Тежък дисметаболически синдром.

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.

Гастритен синдром.

Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на петрола и продуктите му

Пулмотоксичен синдром.
Церебротоксичен синдром.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на непетролни разтворители – тетрахлорметан

Хепатотоксичен синдром.
Нефротоксичен синдром до остра бъбречна недостатъчност.
Церебротоксичен синдром.
Гастритен синдром.
Дисметаболически синдром.

Токсично въздействие на разяждащи вещества от ароматния ред, киселини и основи

Азотна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Сярна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Солна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Натриева основа – корозивен и общотоксичен синдром.
Мравчена киселина – корозивен и ренотоксичен синдром.
Оцетна киселина – корозивен, хемотоксичен (хемолиза) и ренотоксичен синдром.
Оксалова киселина – корозивен и ренотоксичен синдром, хипокалциемия.
Млечна киселина – корозивен синдром.
Лимонена киселина – корозивен синдром.
Масни алдехиди – корозивен, церебро-, рено-, хепатотоксичен, дисметаболически, пулмотоксичен синдром.
Анилин – хемотоксичен, метхемоглобинемия (хемолиза), хепатотоксичен, ренотоксичен, церебротоксичен синдром.
Нафталин – Хемотоксичен, метхемоглобинемия (хемолиза), церебротоксичен, хепатотоксичен, ренотоксичен, синдром.

Токсично въздействие на въглеродния диоксид

Хипоксичен синдром – степенна до тотална хипоксия.
Церебротоксичен синдром.
Кардиотоксичен синдром.

Токсично въздействие на вредни продукти използвани като храна – гъби

Кратък латентен период – 30 минути – 4-6 часа:

- **иритативни** – гастроинтестинален синдром, дехидратация до хиповолемичен шок.
- **мускаринови** – гастроинтестинален синдром; мускаринов (холиномиметичен) синдром.
- **пантеринови** – гастроинтестинален синдром след кратък латентен период; пантеринов (холинолитичен) синдром, делир.
- **хелвелно** гъбно отравяне – хепатотоксичен синдром.
- **ореланово отравяне** – гастритен синдром, ренален синдром (тубулоинтерстициален нефрит, ОБН, уремична кома), хепатален синдром – дискретен.
- **шизофреноподобно отравяне**
- **нитроидно отравяне**

Токсично въздействие на други вещества от нелекарствен произход:

Фосфорорганични съединения, карбамати

Гастроинтестинален синдром.

Церебротоксичен синдром.

Мускариноподобен, никотиноподобен и церебрален синдром – обилно изпотяване, саливация, брадикардия, тесни зеници, белодробен застой до оток.

Кардиотоксичен синдром.

Екзотоксичен шок.

Общотоксичен синдром.

Други пестициди

Параквати – гастритен, пулмотоксичен, рено- и хепатотоксичен синдроми, катарални възпалителни промени в белите дробове;

Карбамати и други – гастритен, церебротоксичен синдроми; дерматити; катар на очна, назофарингеална и дихателна лигавица, множествени хеморагии (кумаринови производни).

Змии, насекоми и други

Локален синдром – хеморагични петна, оток и болка на мястото на ухапването, регионален лимфаденит;

Хемотоксичен синдром – хеморагична диатеза;

Общотоксичен синдром – прилошаване, адинамия, отпадналост;

Невротоксични прояви – преходна парализа, най-често преходна птоза на горни клепачи;

Алергичен синдром – обриви, отоци, шок;

Тежка степен – шок, делир, изявена хеморагична диатеза.

Критерии за лечение на тежко и крайно тежко отравяне в реанимация (интензивно отделение):

Изразен интоксикационен синдром:

- нарушено съзнание – 2-4 степен;
- дихателна недостатъчност – 2-4 степен;
- сърдечно - съдова недостатъчност – 2-4 степен;
- дисметаболически синдром.

Наличието на един или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация (интензивно отделение).

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог. След приключване на интензивното лечение пациентът се превежда, ако се налага, в Клиника по токсикология или детско отделение за довършване на лечебния процес.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация с посочения специалист.

Принципи и насоки за поведение

Започва се в токсикологичен кабинет/противошокова зала, след което - в Клиника/отделение по токсикология или интензивно отделение по преценка.

Лечение на отравяния от противоалергични и противоеметични медикаменти

Стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, симптоматични средства, церебропротективни средства – антидотни комплекси (бипериден, диазепам, витамин B6), симптоматични средства.

Лечение на отравяния от опиати и сродни наркотици

Стомашно-чревен лаваж, антидотни комплекси (налоксон и други), церебропротективна и дихателна реанимация, изкуствена белодробна вентилация при нужда, инфузионна терапия на лечебни вещества, симптоматични средства.

Лечение на отравяния от салицилови препарати

Лека степен – стомашно-чревно почистване, гастропротективни препарати, форсирана диуреза, симптоматични средства.

Среднотежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, екстракорпорално почистване, алкализираща терапия според АКР-проследяване, гастропротективни препарати, витамини от група В, вит. К, седативни и симптоматични средства.

Тежка и много тежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, екстракорпорално почистване, алкализираща терапия според АКР-проследяване, гастропротективни препарати, витамини от група В, вит. К, седативни и симптоматични средства. Хемотрансфузия и изкуствена белодробна вентилация - при нужда.

Лечение на отравяния от седативни и сънотворни вещества – барбитурати, група на глутетимида, неуточнени седативни и сънотворни.

Лека степен – стомашно-чревно почистване, неколнократен лаваж на стомашно-чревния тракт, форсирана диуреза, церебропротективни средства – антидотни комплекси.

Среднотежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, церебропротективни средства - пирацетам 4-10 г/24 ч., алкализиране според АКР.

Тежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, церебропротективни средства - пирацетам 8-12 г/24 ч., витамини от В група, алкализиране според АКР-проследяване, изкуствена белодробна вентилация при нужда, антибиотик по преценка, симптоматични средства, хемоперфузия и хемодиализа.

Лечение на отравяния от психотропни вещества – антидепресанти, фенотиазини, транквилизатори, психолептици, невролептици, бензодиазепини, психодизлептици, психостимуланти, неуточнени психотропни медикаменти

Лека степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, антидотни комплекси – церебропротективни, симптоматични, кардиопротективни средства, витамини от В група.

Среднотежка и тежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, церебропротективни средства – антидотни комплекси, антиконвулсивни, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда.

Крайно тежка степен – стомашно-чревно почистване, форсирана диуреза, инфузионна терапия, антидотни комплекси, антиконвулсивни, противогърчови, кардиопротективни, церебропротективни, симптоматични средства, парентерално хранене, дихателна реанимация, изкуствена белодробна вентилация, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда, карбохемоперфузия.

Лечение на отравяния от медикаменти, действащи върху сърдечносъдовата система – кардиотонични гликозиди, хипотензивни медикаменти и други неуточнени медикаменти действащи предимно върху ССС.

Стомашно-чревно почистване, инфузионна и антихипотензивна терапия; форсирана; кардиопротективни средства – катехоламини, холинолитици, антидотни комплекси, противошокови и симптоматични средства, церебропротективни средства, витамини от В група, антибиотик при нужда.

Карбохемоперфузия – при крайно тежка степен.

Дефибрилация, мониториране – при необходимост.

Лечение на отравяния от други неуточнени лекарства – препарати за отказване от алкохола

Стомашна промивка, очистителни клизми, инфузионна терапия, форсирана диуреза, витамин С, кардиопротективни, седативни, церебропротективни и симптоматични средства, дихателна реанимация.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на алкохола – етилов алкохол

Стомашно-чревна очистване, инфузионна терапия, церебропротективен комплекс, аналептици, симптоматични средства, витамини, дихателна реанимация, кислородотерапия.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на алкохола – метилов и изопропилов алкохол

Стомашно-чревна очистване, форсирана диуреза, антидотни комплекси (етанол, алкализирани средства), парентерално хранене, дихателна реанимация, кардиопротективно, церебропротективно и симптоматично лечение, витамини от В група, антибиотик при нужда, диализно лечение – хемодиализа.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на петрола и продуктите му

Стомашно-чревна очистване, инфузионна терапия, дихателна реанимация, кислородолечение, антихипоксични комбинации, церебропротективни, хепатопротективни и симптоматични медикаменти, витамини, антибиотик при нужда.

Лечение на отравяния от непетролни разтворители – тетраклорметан

Стомашно-чревна очистване, инфузионно, диализно лечение, антихипоксични комбинации, хепато- и ренопротективни, церебропротективни и симптоматични медикаменти, витамини.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на разяждащи вещества от ароматния ред, киселини и основи

При всички корозивни отравяния (с неорганични киселини и основи) - обсъждане на лечебнодиагностичното поведение съвместно с хирург и УНГ специалист.

Азотна киселина, сярна киселина, солна киселина, натриева основа – при тежки степени парентерално хранене. Инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, антибиотик.

Мравчена киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди.

Оцетна киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, хемодиализа - при необходимост.

Оксалова киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, калциеви препарати, кортикостероиди, хемодиализа - при необходимост.

Млечна киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение.

Лимонена киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, калциеви препарати.

Масни алдехиди – стомашна промивка, парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, ренопротективно, хепатопротективно, антихипоксични комбинации, симптоматично лечение, кортикостероиди, дихателна реанимация при нужда.

Анилин – инфузионно лечение, хемопротективно (хемотрансфузия по преценка), ренопротективно, кортикостероиди, антихипоксични комбинации.

Нафталин – инфузионно лечение, хемопротективно (хемотрансфузия по преценка), ренопротективно, кортикостероиди, антихипоксични комбинации.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на въглеродния диоксид

Кислородотерапия, дихателна реанимация, барокамера - при необходимост, инфузионно лечение, церебропротективни, кардиопротективни и симптоматични медикаменти.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на вредни продукти използвани като храна – гъби

С кратък латентен период – 30 минути – 4-6 часа:

Стомашно-чревна очистване, инфузионна терапия,

Седативни (микоатропиново отравяне)

Атропин (мускариново и шизофреноподобно отравяне)

Хепатопротективни и симптоматични средства

Ореланово отравяне – стомашно-чревна промивка, очистителни клизми, инфузионна терапия – водносолеви, глюкозови, левулозни разтвори, калциум глюконикум, кортикостероиди, диализно лечение.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на други вещества от нелекарствен произход – фосфорорганични съединения и карбамати, други пестициди, некласирани другаде, отрови от змии, насекоми и други.

Фосфорорганични съединения – стомашно-чревно почистване, лаваж на стомашно-чревния тракт 3-4 дни, форсирана диуреза, антидотно лечение (атропин, обидоксим хлорид), антидотни комплекси, хемотрансфузия, прясна кръв, плазма, парентерално хранене, дихателна реанимация, кардиопротективни и церебропротективни средства, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда, хемоперфузия по преценка.

Параквати и карбамати – стомашно-чревно почистване, тоалет на кожа и лигавици, кортикостероиди, дихателна реанимация, инфузионно лечение, антибиотици, симптоматични средства.

Отрови от змии, насекоми и други – противошокова терапия, кортикостероиди, витамин К, имобилизация на крайника, обработка на раната при нужда. При необходимост – дихателна реанимация, кардиопротективни, церебропротективни, аналгетични и симптоматични средства, никсомолекулярни хепарини; противозмийски серум – по индивидуална преценка от токсиколог, съобразно етиологичния момент и клиничната картина.

АНТИДОТИ ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ОТРАВЯНИЯ ПРИ ДЕЦА

АНТИДОТ	АНТИДОТНО ДЕЙСТВИЕ	ДОЗИРОВКА
Адсорган 40% сиаргел, 10% карбо аргентес, 50% озахарена ароматизирана какаова маса, 25% сребро	Адсорбиращ ефект при отравяния перорално <i>Не се използва за стомашна промивка!</i>	1-2 чаени лъжички дневно
Амилум нитрозум	При цианови отравяния	Капсули
Ацетилцистеин	При отравяния с ацетаминофен	70-140 мг / кг пер ос
Ацидум аскорбиникум (витамин С) Ампула 5% и 10% - 2 мл 10% - 5 и 10 мл	Директно редуцира метхемоглобина /хемиглобина/ в хемоглобин. Универсален активатор на клетъчния метаболизъм.	От 20-200 мг и.в. при метхемоглобинемии - до 14 години До 2000 мг над 14 години
Ацидум фоликум Ампула 0,015 -1 мл табл. 0,005 г	Метаболитен реактиватор на хемопоезата при потискането ѝ от хемотоксични отрови / сулфонамиди, пиразолонови препарати, парацетамол, цитостатици/	0,5-1 мг и.м. 3 пъти дневно до 1 год. 1-5 мг и.м. /пер ос/ до 14 год. от 5-20 мг 3 пъти дневно от 14-18 год. и.м. /пер ос/
Атропинум сулфурикум Ампула 0,1% - 1 мг	Компетитивен и функционален антагонист при остри отравяния с ФОС, ацетилхолин, физостигмин, мускарин, пилокарпин, нивалин и др. антихолинестеразни средства	0,1 мг / кг 0,1-0,3 мг и.в. / с.с., 4-6 пъти - до 1 година от 0,2-0,5 мг и.в. / с.с., 4-6 пъти – до 5 год. 0,5-1 мг и.в. / с.с. 6-8 пъти При ФОС отравяне – до атропинизация
Белтъчна вода	При корозивни отравяния	2-3 сурови белтъка в 200 мл вода
Бипериден Ампула 5 мг – 1 мл Табл. 2 мг	При отравяния с екстрапирамидна симптоматика.	1 мг /0,2 мл/ - до 1 год. и.м., и.в 2 мг /0,4 мл/ - до 5 год. и.м., и.в 3 мг /0,6 мл – до 14 год. и.м., и.в пер ос
Витамин В₆ Ампула 50 мг – 1 мл	Метаболитно компетитивно действие при остри отравяния с хидразида на изоникотиновата киселина /римицид/	5 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно - до 1 година 25 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно - 2-5 год. 50-100 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно – 5- 14 год.
Витамин К₁ Ампули 10 мг	Варфарин Протектор на съсирването	1-5 мг и.в., и.м., с.с.
Витамин Е	Антиоксидант, хепатопротектор	1-3 амп. дневно i.m.
Глюкагон Ампула 0,5 мг	Метаболитно действащ антидот при остри отравяния с комбинация бета- блокери и хипогликемични препарати, инсулиново отравяне или предозиране. Корегира хипогликемията	50 мг / кг /24 часа и.в.
Десфериоксамин Ампула суха субстанция 0,5 г с разтворител от 5 мл	Специфичен антидот при остри и хронични отравяния с железни съединения, действащ по принципа на хелатообразуването	5-10 г р-р във вода преди стомашна промивка; съчетанието с р-р на натриев бикарбонат повишава ефективността му в стомах. До 15 мг / кг т. и.в. капелно, бавно
Диазепам Ампула 10 мг - 2 мл	Метаболитно инхибиране на ГАМК – трансаминаза, забавено разграждане на ГАМК и увеличаване на количеството ѝ в главния мозък. Противогърчов, седативен и миорелаксиращ ефект. При остри отравяния със стрихнин, хинин, пантеринови гъби, ФОС, халогенирани въглеводороди и други	0,5-1 мг / кг т. и.м.
Димеркапрол Ампула маслен р-р 0,1 г – 1 мл	Хелатообразуващ антидот при отравяния с антимон, бисмут, злато, живак, кобалт, цинк, арсенови съединения	2,5-3 мг / кг т. и.м. през 4 часа първите 2 денонощия следващите 2 денонощия – през 6 часа следващите 2 денонощия – през 8 часа
Д-пенициламин Табл. 250 мг	Хелатообразуващ ефект при отравяния от мед, олово, живак.	0,01-0,04 г / кг т. – 4-6 приема 30 мин. Преди хранене
4-ДМАР (диметиламинофенол) Ампула спринцовка 250 мг - 5 мл	Компетитивно действие по отношение афинитета на цианоли и нитрилни съединения, сероводород и други към цитохромоксидазата	3-4 мг/кг т. и.в. с интравенозно вливане на 100 мл 10% натриев хипосулфат /тиосулфат/
ЕДТА динатриум /Na 2 EDTA/ Ампула 250 мг – 20 мл	Хелатообразуващ антидот при контакт с калциеви съединения на водноразтворими комплекси. При	От 0,5 до 4 г в 250 мл глюкозен серум и.в. капелно / 24 часа; през 6 или 4 часа

	отравяния със сърдечни гликозиди, етиленгликол и калциева основа.	
ЕДТА калциум динатриум /Ca Na 2 EDTA/ Ампула 150 мг – 5 мл	Хелатообразуващ антидот поради повишен афинитет към йоните на тежки метали: олово, хром, цинк, кадмий, мед, желязо, манган, талий.	15 мг / кг т. за 24 часа и.в., през интервали 4-6 часа до 3 дни; 250-500 мл глюкозиран серум и.в. капелно бавно; + витамин B ₆ 100-200 мг и.в. / 24 часа
ЕДТА дикобалт /Co2EDTA/ Ампули 300 мг – 5 мл	Хелатообразуващ антидот при цианови отравяния.	300-600 мг и.в. капелно в глюкозиран серум
Етанол	Блокира дехидрогеназите и инхибира биотрансформацията на отровата – метанол, етиленгликол	0,75 мл / кг / час, след това 0,50 мл / кг на 6 часа – и.в. само при крайно тежки интоксикации
Калциев глюконат Ампула 10% - 10 мл	Метаболитно и хелатообразуващо действие при остри отравяния с етиленгликол, фенолови препарати, флуорни съединения, калциеви антагонисти.	От 0,6 мл / кг и.в. капелно / 24 часа
Карбо медициналис	За стомашна промивка във воден р-р при отравяния по перорален път	Универсален адсорбент
Кофеинум Ампула 200 мг – 1 мл	Функционален антагонист при остри отравяния с алкохол, церебродепресивни лекарствени средства	½ до 1 ампула и.в. през 30 мин до 3 амп. при алкохолна кома, фракционирано през 4-3 часа по 1 амп. и.в., s.c. – отравяния с церебродепресивен с-м
Магнезиум сулфурикум	За депурация на чревен тракт	
Меклофеноксат Ампула 250 мг суха субстанция с разредител	Действие чрез функционален антагонизъм при церебродепресивно протичащи остри отравяния	50-100-250 мг 3-4 пъти дневно над 3 години в глюкозиран серум капелно и.в.
Налоксон Ампула 0,4 мг – 1 мл	Компетитивен механизъм при отравяния с морфинови препарати и опииви алкалоиди.	10-20 мкг / кг т. до 6 мес. 0,01 мг / кг т. при деца 0,1-0,4 мг – 1,6 мг 14-18 год. и.м., и.в., сублингвално 3-4 пъти
Натриум бикарбоникум 8,4% амп. 10 мл	Дисметаболитен синдром /барбитурови, антидепресанти, етиленгликол, метанол и други/	1-2 mEq/kg и.в.
Натриум нитрозум Ампула 2% - 10 мл	Метаболитно действие при отравяния с цианови съединения	0,2-0.4 мл / кг и.в. в зависимост от Hb / 8-14 г Hb /
Натриум хипосулфурозум Ампула 1% - 10 мл	Хелатообразуващо и метаболично действие при отравяния с цианови съединения	1,10- 2 мл / кг в зависимост от Hb / 8-14 г Hb / и.в. струйно след натриум нитрозум
Неостигмин Синтостигмин Физостигмин	При холинолитичен синдром (делир)	1-2 мг субкутанно Внимание! – при деца опасност от белодробен оток
Обидоксим хлорид (холинестеразоактиватор) Ампула 250 мг – 5 мл	Остри отравяния от ФОС	4-8 мг / кг т. / 24 часа през 8-12 часа и.в. в глюкозиран серум капелно
Пирацетам Ампула 5 мл – 1 г пирацетам	Хипероксидантно действие и стимулиращ потиснатата ЦНС при остри отравяния с церебродепресивни отрови	0,25-0,5-1,0-5,0 г / 24 часа, през 4-6 часа
Протамин сулфат Ампула 1% - 5 мл	Неутрализиращ ефект спрямо хепарина.	1 мл 1% р-р и.в. за 2 мин 1 мг неутрализира 100 Е хепарин
Пеницилин Флакони 250 000; 500 000; 1 000 000 UI	Компетитивно действие по отношение на фалюидните гъбни токсини	25 000-400 000 UI / кг т. / 24 часа през 4-6 часа и.в. първите 3 дни
Силибинин Флакони по 500 мг	Компетитивно действие при фалюидно гъбно отравяне.	20 мг / кг т. и.в. капелно / 24 часа
Течен парафин	При отравяния от ФОС и нефтопродукти	20 -100 мл в зависимост от възрастта

**ДОЗИРАНЕ НА ПО-ЧЕСТО УПОТРЕБЯВАНИ МЕДИКАМЕНТИ
В ТОКСИКОЛОГИЯТА ПРИ ДЕЦА**

№	НАИМЕНОВАНИЕ И ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА	ВЪЗРАСТ			НАЧИН НА УПОТРЕБА	ЗАБЕЛЕЖКА
		до 1 г.	1 - 5 г.	5 – 14 г.		
1	Biperiden amp. 5mg / 1ml; Tabl. 2 mg	1 mg / 0,2 ml	2 mg / 0,4 ml	3 mg / 0,6 ml	I.M. / I.V. Per os	След 30 мин. Може да се повтори
2	Adrenalinum hydrochl. amp. 1mg / 1ml - 1:1000	0,005-0,01 mg разреден 1:9 0,05-0,1 ml	0,1-0,2 mg / 0,1-0,2 ml /	0,2-0,5 mg / 0,2-0,5 ml /	0,1 ml / kg от р-р 1:10 000 10-25 γ / kg S.C., I.M., I.V. извънредно интракардиално	Венозно – само в капкова инфузия. Да не се комбинира с Са
3	Atropinum sulf. amp. 1 mg / 1 ml	0,1-0,3 mg	0,2-0,4 mg	0,3-0,5 mg	S.C. 1-2 пъти дневно	При отравяния с ФОС – до атропинизация
4	Pyramidonum tabl. 0,1-0,3 g	0,025-0,05 g	0,05-0,1 g	0,1-0,3 g	3-4 пъти дн.	
5	Chlorpiramine amp. 20 mg / 2 ml; dr. 25 mg		2,5-5 mg – над 2 год.	5-10 mg	I.M. , per os 2-3 пъти дневно	
6	Promethazine amp. 50 mg / 2 ml; dr. 25 mg		2,5-5 mg	5-25 mg	I.M. 2-3 пъти дневно	
7	Bromhexine amp. 4 mg / 2 ml; sol. 2 mg/ 1ml	5-10 gtt	10-15 gtt 2 x ½ tabl.	20 gtt 3 x ½ tabl.	I.M.; I.V.; per os 2-3 пъти дн.	
8	Hyoscine butilbromide amp. 2% / 1 ml, supp. 7,5 e 10 mg, dr. 10 mg	supp. ½	supp. ½ amp. ¼ ; dr. ½	supp. ½ -1 amp. ½ -1 ; dr. ½-1	Per os, I.M., per rectum	За малки деца или кърмачета ¼ амп. /5 мг 2-3 пъти дневно
9	Ca gluconicum amp. 10% / 10 ml	1-2,5 ml	3-5 ml	5-10 ml	I.V. в инфузия 2 пъти дневно	При новородени 0,5 мл / кг дневно
10	Callergin Sol.	1 ml / kg / 24 h			Per os 3-4 пъти дневно	1 ml=1 mg allergosan
11	Loratadine tabl. 10 mg / sol. 5 mg / 5 ml		5 mg	10 mg	Per os еднократно	
12	Clemastine tabl. 1 mg; sol. 0,1 mg / 1 ml	1-2,5 ml sol.	2,5 – 5 ml	7,7 ml ½ tabl.	Per os 2 пъти дневно	
13	Diazepam amp. 10 mg / 2 ml	0,5 – 1 mg / kg			I.M. 2-3 пъти	При нужда I.V. с анестезиолог
14	Digoxin amp. 0,25 mg / 2 ml	12-15 μg / kg	8 μg / kg	5 μg / kg	I.V.	Бавно, разреден
15	Dopamin amp. 50 mg / 10 ml; 200 mg / 5 ml	5-10 μg / kg / min.			I.V.	Капкова инфузия
16	Etilefrine amp. 10 mg / 1 ml	0,1-0,4 ml	0,4-0,7 ml	0,7-1 ml	S.C. 1-3 пъти	I.V. приложен във венозна инфузия или перфузор
17	Furosemide amp. 2 ml / 20 mg	1-3 mg / kg / 24 часа			I.M.; I.V.	
№	НАИМЕНОВАНИЕ И ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА	ВЪЗРАСТ			НАЧИН НА УПОТРЕБА	ЗАБЕЛЕЖКА
		до 1 г.	1-5 г.	5-14 г.		

18	Phytomenadion (vit. K ₁) amp. 1 ml / 10 mg	2,5 mg	2,5-5 mg	5-10 mg	I.M., I.V. 2 пъти дневно	
19	K Chloratum amp. 15% / 10 ml / 1,5 g	2 mEq / кг / 24 часа			I.V. в инфузии	1 ml = 2 mEq
20	Methylprednisolon amp. 8 mg, 20 mg	0,8-1,6 mg / kg / 24 h			I.V. I.M. 2-3 пъти дневно	3-5 mg / kg при шок
21	Noradrenalin amp. 1 ml / 1 mg	0,1 γ / kg			S.C., I.M., I.V.	Разреден, бавно, капково
22	Aminophylline amp. 240 mg / 10 ml	5-10 mg / kg			I.V.	В инфузия
23	Cyproheptadine sir. 1 ml / 4 mg		4 mg	4-8 mg	Per os 2 пъти дневно	
24	Phenobarbital amp. 100 mg / 1 ml 200 mg / 2 ml	20-50 mg	80-100 mg	150-200 mg	I.M.	5-7 mg / kg
25	Ademetionine fl. 500 mg; tabl. 500 mg	5-15 mg / kg			I.M., I.V. Per os 2 пъти дневно	
26	Heпа Merz amp. 10 ml, прахчета 5 g	5-10 ml в 500 ml инфузионен р-р / 24 h			I.V.	
27	Vitamin B ₁ amp. 5 mg / 1 ml; 50 mg / 1 ml	5 mg	10-25 mg	25-50 mg	I.M. 2 пъти дневно	
28	Vitamin B ₆ amp. 50 mg / 2 ml; 100 mg / 2 ml	5 mg	25 mg	50-100 mg	I.M.; I.V. 2-3 пъти дневно	
29	Vitamin B ₁₂ amp. 100, 250, 1000 μg / 1 ml;	50-250 μg			I.M. през ден	
30	Vitamin C amp. 500 mg / 5 ml; 100 mg / 2 ml	100-500 mg			I.V. per os	1-10 g като антидот по преценка
31	Cetirizine tabl. 10 mg sol. 10 gtt = 5 mg		5 mg	10 mg	Per os еднократно	
32	Водносолеви и глюкозови разтвори	50-100 ml / kg / 24 h			I.V. бавно	
33	Hartman	120 ml / 24 h	120-350 ml / 24 h	350-500 ml / 24 h	I.V. бавно	
34	Aminoplazmal	20 ml / kg / 24 h			I.V. бавно	
35	Aminosteryl KE	1,5 ml / kg			I.V. бавно	

ЛЕЧЕНИЕ С АНТИБИОТИЦИ ПРИ ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ИНТОКСИКАЦИИ И ТОКСОАЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Антибиотичното лечение цели ликвидиране на възпалителните процеси в органи и системи, или овладяване на настъпилите постинтоксикационни усложнения. Антибактериалното лечение започва без да се изчака резултатът от микробиологичното изследване. Започва се с антимикробни средства, които постигат висока концентрация в кръвта и урината. Динамично проследяване, контролна Ro-графия, фебрилитет, микробиологично изследване и консултация с микробиолог (по преценка) се решава с какъв медикамент и продължителност да протече това лечение.

Препоръчително е:

Без специални показания да не се провеждат антибиотични курсове по-продължителни от 7-10 дни, след което се отчита ефектът върху клиничните и лабораторните прояви на заболяването. При нужда се назначава антибактериално лечение с друг препарат съобразно микробиологичното изследване, контролна Ro-графия, ПКК и други до пълното излекуване на заболяването.

Задължителен контрол 10-20 дни след приключване на лечението.

Антибиотичното лечение трябва да бъде съобразено с:

Анамнеза за предшестваща алергия към дадения антибиотик.

Анамнеза за прием на други медикаменти, които биха могли да влязат в нежелани лекарствени взаимодействия с избрания антибиотик и да намалят неговото действие или засилят страничните ефекти.

При бъбречна и чернодробна недостатъчност дозировката на медикамента се съобразява със степента на увреждането.

Налична бременност.

Лекарят информира пациента относно начина и разпределението на приемите на антибиотика по часове, както и за евентуалните странични ефекти при неговото приложение. За редовното приемане на антибиотика се грижат лекуващата и дежурната медицинска сестра.

Лечение с кортизонови препарати

Задължително при интоксикация с корозивни вещества, когато има ендоскопски данни за увреда на хранопровода и стомаха от II и III-та степен. Лечението се преустановява след отзвучаване на възпалението, но не по-късно от третата седмица.

Лечение с протеазни инхибитори

Препоръчва се при изгаряния от III-та степен, с лабораторни данни за остър панкреатит.

Лечение с антисекреторни средства (H-2 блокери или инхибитори на протонната помпа) – задължително при изгаряния на хранопровода и стомаха от II и III-та степен.

Контролни изследвания на отклоненията в жизнените параметри и биологични показатели задължително се извършват в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, обн., ДВ, бр. 15 от 18.02.2011 г., изм. и доп., бр. 50 от 1.07.2011 г.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина, потвърдена от химико-токсикологичен анализ (при доказвана нокса), параклиника и тяхната динамика, изключване на алтернативни диагнози, резултати от образните изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- отзвучаване на клиничните симптоми и приключване на медикаментозното лечение;
- клинично подобрене, допускащо довършване на лечението в дома;
- корекция на отклоненията в жизнените показатели.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредбата за диспансеризация, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 39.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Острото екзогенно отравяне е заболяване, което може бързо да прогресира, да увреди органи и системи, да застраши живота или да доведе до инвалидизация. Налага се задължителна спешна хоспитализация, защото в домашни условия е невъзможно да се проведе адекватно лечение и да се постигне желания резултат.

Престоят на пациента в клиниката продължава в зависимост от динамиката на отравянето. При необходимост се извършват различни изследвания, консултации и други допълнителни изследвания, за които пациента ще бъде допълнително информиран.

Лечението включва дезинтоксикиращи коктейли, форсирана диуреза, очистителни комплекси и други средства според спецификата на отравянето. Продължителността на лечение зависи от ноксата (отровата), причинила заболяването и от клиничното протичане. Медикаментите се прилагат през устата, парентерално или инхалаторно в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По време на лечебния процес в клиника/отделение по токсикология пациентът трябва да спазва предписания режим, както и да съобщава на лекуващия лекар всички възникнали проблеми и оплаквания, които счете за важни.

Родители и близки на пациента могат да го посещават ежедневно в определените за свиждане часове. При тежки отравяния сведения за пациента се дават по всяко време от лекуващия/дежурния лекар. При деца до 3 години е възможен придружител – по преценка на лекаря.

Лекуващият екип следи за здравословното състояние на пациента в продължение на целия престой от приема в болницата, докато то се подобри и стане възможно изписването. При отказ от болнично лечение изписването става срещу подпис по всяко време (при деца срещу подпис на родителя/настойника). Необходимо е това желание да бъде изразено писмено, като така лекуващия екип се освобождава от отговорността за по-нататъшното здравословно състояние на пациента.

При корозивните изгаряния на хранопровода и стомаха с основи или киселини има две фази в клиничното протичане: остра и хронична фаза.

Острата фаза се характеризира с остро възпаление на лигавицата с опасност от генерализиране на инфекцията или с пробив на органа в гръдната (коремната) кухина. Лечението и болничното наблюдение има за цел излекуване на възпалителните симптоми и хирургична намеса при настъпило усложнение.

В хроничната фаза при всички случаи на изгаряне от 2 и 3 степен настъпват късни усложнения – стеснение на хранопровода или стомаха, което може да бъде изразено в различна степен. Стеснението на хранопровода се дилатира (разширява) със специални сонди или балони, което може да продължи до 2 години от началото на увреждането. В случай на неуспех, пробив на хранопровода или при хирургични индикации, се извършва пластика на хранопровода с дебело черво или стомах.

Стеснението на стомаха от киселини се лекува само оперативно.

ЛЕЧЕНИЕ С АНТИБИОТИЦИ ПРИ ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ИНТОКСИКАЦИИ И ТОКСОАЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ (ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА)

Антибиотичното лечение цели ликвидиране на възпалителния процес, предотвратяване или овладяване на настъпилите усложнения в органи и системи при остри екзогенни интоксикации или токсоалергични заболявания. Антибактериалното лечение се започва без да се изчака резултатът от микробиологичното изследване. Започва се с антимикробни средства, които постигат висока концентрация в кръвта и урината. След динамично проследяване на обективното състояние и необходимите изследвания се решава с какъв медикамент и продължителност да протече това лечение.

Пациентът ще бъде информиран от лекуващия лекар с какъв антибиотик ще се провежда лечението му и ще бъде разпитан за известна предшестваща алергия към този медикамент, както и за това какви други лекарства и по какъв повод ги взема. По този начин ще се предотвратят нежелани лекарствени взаимодействия и странични ефекти.

Лекарят информира пациента относно начина и разпределението на приемите на антибиотика по часове, както и за евентуалните странични ефекти при неговото приложение. За редовното приемане на антибиотика се грижат лекуващата и дежурната медицинска сестра.

КП № 108 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ФАЛОИДНО ГЪБНО ОТРАВЯНЕ

Минимален болничен престой – 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Токсично въздействие на други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти

Не включва:

алергична реакция към храна, като:

- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (T78.0)

- дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)

- гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)

бактериално хранително отравяне (A05.—)

токсично въздействие на замърсители на храна, като:

- афлатоксин и други микотоксини (T64)

- цианиди (T65.0)

- циановодород (T57.3)

- живак (T56.1)

T62.0 В изядени гъби

Включва: изядени гъби с дълъг латентен период (фалоеидно гъбно отравяне)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])

при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

Друго измерване на дихателна функция

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:

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

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-11 Изследване на фибриноген

91911-04	Изследване на D – димер тест
91910-08	Изследване на време на кървене
91913-04	Изследване на време на съсирване
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1886 Перфузия	
22060-00	Перфузия на цяло тяло <i>Изключва: 13100-00 Хемодиализа</i>
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
14200-00	Стомашна промивка
92077-00	Друга ректална промивка
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на плазма Трансфузия на албумин
92063-00	Приложение на кръвен експандер
Приложение на фармакотерапия	
96199-04	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антидот
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен

агент	
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и пет основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

1. 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 токсикология или ОАИЛ/КАИЛ
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат
5. Структура за диализно лечение - съгласно изискванията на медицински стандарт

Съгласно медицински стандарт по „Клинична токсикология”: Когато в дадено ЛЗБП няма структура по токсикология, обслужването на болните с остри отравяния може да започне в спешното отделение на болничното заведение, с последващо насочване за хоспитализация в ОАИЛ/КАИЛ, т.е. хоспитализирането на болния с остро отравяне може да се осъществява на територията на отделения/клиники по анестезиология и интензивно лечение при задължителна консултация с клиничен токсиколог. Привеждането към най-близката клиника/отделение по токсикология се осъществява по решение на специалиста по клинична токсикология.

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология
или
лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология
или
лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за фалоксидно гъбно отравяне при:

1.1. анамнестични данни за консумация на диворастящи гъби;

1.2. гастроентероколитен синдром;

1.3. хепатотоксичен синдром (остър токсичен хепатит, остра чернодробна недостатъчност - кома);

1.4. полиорганна недостатъчност;

1.5. екзотоксичен шок.

- **Анамнестични данни за консумация на диворастящи гъби** – фаловидно гъбно отравяне. Консумация на диворастящи гъби, дълъг латентен период – 8 - 36-72 часа.

- **Гастроентероколитен синдром**

- **Хепатотоксичен синдром** (остър токсичен хепатит, остра чернодробна недостатъчност – кома)

- **Полиорганна недостатъчност**

- **Екзотоксичен шок**

Клинични симптоми

- *гастроинтестинален синдром* – упорито повръщане с холериформена диария 3-4 денонощия, тежка дехидратация, хиповолемичен шок;

- *общотоксичен синдром* – адинамия, мускулни крампи, болки в корема и мускулни групи, колапс, хемоконцентрация; *хепатотоксичен синдром* – токсичен хепатит, чернодробна недостатъчност, хепатаргия, хепатална кома; хеморагична диатеза и увреждане на протромбинопоезата; *рeнален синдром* – увеличаваща се олигурия, албуминурия, азотни тела, хиперкалиемия; *церебротоксичен синдром* – нарушения на съзнанието, булбарна парализа; *дисметаболитен синдром*; полиорганна недостатъчност; *репарационен синдром* – продължителен.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация до 24-тия час от хоспитализацията с посочения специалист. Клиничната пътека няма да се счита за завършена, ако не е извършена консултация с клиничен токсиколог.

Следните диагностични процедури: изследване на кръв, АКР, ЕКГ - се извършват в първите 30 до 60 минути от постъпването за лечение, и в динамика за отчитане степента на чернодробното увреждане през 6 – 12 часа.

Лечение:

Фаловидно гъбно отравяне – стомашно-чревно почистване (стомашни промивки с карбо медициналис и очистителни клизми), инфузионно лечение, парентерално хранене – при нужда, частично обменно кръвопреливане, хемотрансфузия, фактори на съсирване, белтъчни продукти; диализно лечение – хемоперфузия, плазмафереза, хемодиализа; антидотни комплекси – силимарин, пеницилин, адеметионин, хепамерц, кортикостероиди, антиоксиданти; барокамера - при необходимост, дихателна реанимация, церебропротективни, седативни и симптоматични средства, витаминотерапия, пробиотици и други.

Критерии за лечение на тежко и крайно тежко отравяне в реанимация (интензивно отделение):

Изразен интоксикационен синдром:

- нарушено съзнание;
- дихателна недостатъчност;
- сърдечно - съдова недостатъчност;
- дисметаболитен синдром.

Наличието на един или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация (интензивно отделение).

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог. След овладяване на животозастрашаващите състояния в интензивно отделение, пациентът се превежда в Клиника по токсикология за продължаване на лечебния процес.

Контролни изследвания на отклоненията в жизнените параметри и биологични показатели задължително се извършват в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на следните критерии: консумация на диворастящи гъби и типичната клинична картина с двата синдрома, оформящи двата клинични стадия на отравянето (гастроинтестинален и хепатален), лабораторните изследвания - биохимия, коагулограма, АКР в динамика, като клинично - лабораторна констелация, отразяваща остро черnodробно увреждане.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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

- подобряване показателите за увреждане на черния дроб;
- клинично подобрене на уврежданията от страна на други органи и системи;
- клинично подобрене, допускащо довършване на лечението в дома.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикриза.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Фалоеидното гъбно отравяне е едно от най-тежките остри отравяния. Настъпва след консумация на диворастящи гъби от групата на фалоеидните (зелена, бяла и жълта мухоморка), които по външни ботанически белези приличат на ядливите ливадна и полска печурка. Фалоеидните гъби съдържат високотоксични вещества, чиято токсичност се доближава до токсичността на ботулиновия токсин. Токсините не променят действието си от висока температура или друг вид кулинарна обработка и запазват и в изсушено състояние токсичността си години наред. Най-страшното при това отравяне е дългият латентен период от 8-12-24 часа, по време на който болният, консумирал гъбите (макар и парченце от гъба или сос от ястие), няма никакви оплаквания. Признаците на отравяне започват внезапно, дори много от пациентите не се сещат за гъбната консумация, появява се неспирно повръщане и диария, болки в дясното подребрне и целия корем, силна отпадналост, безсилие. Лабораторните изследвания показват тежко увреждане на черния дроб, който е основният орган, атакуван от гъбните отровни вещества. Към повърнатите материи и изпражненията се прибавят кръв, слуз, отливки от чревна лигавица, болният става унесен. За кратко затихват гастроентероколитните оплаквания и след 1-2 дни започват отново със зловонна миризма на сварен черен дроб. Общото състояние се влошава, дори и по време на адекватно лечение, появява се кървене от местата на инжекциите, носа, стомаха и червата и с напредващото увреждане на чернодробните функции може да настъпи неблагоприятен изход.

Изследванията, които насочват към тази диагноза, са по отношение функционалното състояние на черния дроб, чиято действаща тъкан е увредена достатъчно, за да не се произвеждат фактори на съсирване, белтъци, ензими и т.н. Получава се увреждане и на други органи - сърце, бъбреци, панкреас, мозък и т.н.

Лечението е комплексно и такова, каквото се провежда в целия свят - диализно лечение, инфузии на водно-солеви и други разтвори, заместители на кръвни продукти и фактори на съсирване, белтъчни продукти интравенозно, антидотни лекарства (пеницилин интравенозно, карзил или легалон, трансметил и др.). Инжектират се високи дози кортикостероиди, калциеви препарати, вит. С до 2-3 г. и др. След преодоляване на острата фаза би могло да се провежда и барокамера.

При преживяемост от отравянето се назначава лечебно-диетичен режим и проследяване на първия и втория месец от токсиколог. В междинното време личният лекар наблюдава пациента.

При нужда може да се наложи второ постъпване на пациента за лечение на хронифициращото чернодробно увреждане след острата фаза на фалоеидното гъбно отравяне. Загубата на трудоспособност е най-малко 6 месеца.

КП № 109 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТОКСИЧНА ЕПИДЕРМАЛНА НЕКРОЛИЗА (БОЛЕСТ НА ЛАЙЕЛ)

Минимален болничен престой:
болест на Лайел – 10 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Erythema multiforme

L51.2 Токсична епидермална некролиза [Lyell]

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-00 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за бактериална намазка

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно следните:

- 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
- 91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
- 91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
- 91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
- 91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
- 91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
- 91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
- 91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
- 91910-09 Изследване на протромбиново време
- 91913-01 Изследване на тромбоцити
- 91910-11 Изследване на фибриноген

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

- 91935-00 Микроскопско изследване на проба от кожа и друга покривна тъкан за бактериална намазка

1934 Други лабораторни изследвания

- 92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
- 92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

- 90665-00 Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан за:
- инфекция
 - исхемична, некротична или гангренозна тъкан
 - язва
 - рана
- Включва:* инцидентна ексцизионна некректомия на меки тъкани
- Не включва:* ексцизионен дебридман на:
- място на отворена фрактура (90580-00 [1566])
 - меки тъкани (30023 [1566])

Превръзка на друга рана

- 30055-00 Превръзка на рана
Смяна на превръзка
Подмяна тампонада на рана или дрен
- Включва:* отстраняване на конци
- Не включва:* повторно въвеждане на дренажна тръба при абсцес на мека тъкан (30225-00 [1554])
такава при изгаряне (30010-00, 30014-00 [1600])

Прилагане на кръв и кръвни продукти	
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на плазма Трансфузия на албумин
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • кръвозаместители • Dextran • Rheomacrodex
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоифекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
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 и пет основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

1. 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 токсикология или ОАИЛ/КАИЛ
2. Клинична лаборатория III ниво с 24 часов режим на работа *
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат
5. Структура за диализно лечение - съгласно изискванията на медицински стандарт "Клинична токсикология"
6. Клиника/отделение по пластично възстановителна и естетична хирургия (клинитронови легла) - съгласно изискванията на медицински стандарт "Клинична токсикология"

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

2. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология
- или

- минимум шестима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология
или
минимум шестима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация с посоченият специалист.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти с токсична епидермална некролиза при:
 - 1.1. тежко увредено общо състояние;
 - 1.2. еритемобулозни кожни лезии;
 - 1.3. некротично - промени по лигавиците (уста, нос, полови органи);
 - 1.4. нарушена хемодинамика, висок фебрилитет, сепсис.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация с посоченият специалист.

БОЛЕСТ НА ЛАЙЕЛ:

ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

1. Анамнеза.
2. Преглед.
3. ЕКГ.
4. Рентгенография на бял дроб.
5. Консултация с лекар-специалист по УНГ.
6. Консултация с офталмолог.
7. Изследване на кръв.
8. Микробиологично изследване на булозите и афтозните промени – по преценка.
9. Хемокултура – по преценка.
10. Урокултура - по преценка
11. Гърлен секрет – по преценка

ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

1. Обработка на кожа и лигавици с антисептични и антибактериални средства. Ползване на клинитроново легло (в Клиника по пластично-възстановителна хирургия) по преценка.

2. Антибиотично лечение.

3. Инфузионна терапия.

4. Кортикостероиди по схема.

5. Инфузия на плазма, имуностимулатори при необходимост.

6. H1 и H2 блокери.

7. Противошоково лечение – по преценка

8. Симптоматично лечение.

9. Парентерално хранене – по преценка

Контролни изследвания на отклоненията в жизнените параметри и биологични показатели задължително се извършват в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина, параклинични показатели, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение и изключване на алтернативни диагнози.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

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

1. Клинически здрав – оздравяване на кожните и лигавичните промени;

2. Овластяване на сепсиса.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

В случай, че в хода на диагностично-лечебния процес се установи злокачествено заболяване пациентът се насочва задължително към клинична онкологична или клинична хематологична комисия.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Болестта на Лайел е крайно тежко токсикалгично състояние. Като провокиращ фактор могат да бъдат лекарства с различна характеристика: сулфонамиди, обезболяващи лекарства от групата на нестероидните противовъзпалителни средства, антибиотици от пеницилиновата група, противогърчови средства - фенобарбитал, степени (тегретол) и др. Значение има и отслабената имунна защита, състояния след прекарана вирусна инфекция или носителство при децата на някои бактерии (стафилококи).

Заболяването протича с висока температура, поява на ерозии в устната кухина, по конюнктивата на очите, лигавицата на половите органи. Особено тежки са кожните промени, които са изяви с обриви, преминаващи бързо в мехури и свличане на повърхностния, а понякога и по - дълбоки слоеве на кожата. Почти винаги е налице нарушение на хемодинамиката и т.нар. отравяне на кръвта от голямата кожна повърхност, обект на инфектиране.

Лечението задължително се провежда при стационарни условия в специализирано и компетентно за това заведение.

В лечението се включва задължително обработка на засегнатите кожа и лигавици, специални превръзки, вливане на белтъчни продукти поради големите загуби от кожните були, антибиотик под покритието на кортикостероиди и антихистамини, кръвни продукти, лечение с очни мази и капки, противошокови коктейли. Специален хигиенно-диетичен режим. Оздравяването е бавно, на местата на засегнатата кожа остават пигментации за около 2-4 месеца. Понякога се уврежда и черния дроб, бъбреците и сърцето.

Заболяването не винаги има благоприятен изход, въпреки лечението.

КП № 110 ЛЕЧЕНИЕ НА ДОКАЗАНИ ПЪРВИЧНИ ИМУНОДЕФИЦИТИ

КП № 110.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ДОКАЗАНИ ПЪРВИЧНИ ИМУНОДЕФИЦИТИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Имунодефицит с преобладаващ недостиг на антитела

- D80.0 Наследствена хипоагамаглобулинемия**
Автозомно рецесивна агамаглобулинемия (швейцарски тип)
Свързана с X-хромозомата агамаглобулинемия [Брутон] (с дефицит в растежния хормон)
- D80.1 Нефамилна хипоагамаглобулинемия**
Агамаглобулинемия с В лимфоцити, носещи имуноглобулини
Обикновена променлива агамаглобулинемия [CVAgamma]
Хипоагамаглобулинемия БДУ
- D80.2 Селективен дефицит на имуноглобулин А (IgA)**
- D80.3 Селективен дефицит на подкласовете на имуноглобулин G (IgG)**
- D80.4 Селективен дефицит на имуноглобулин M (IgM)**
- D80.5 Имунодефицит с повишен имуноглобулин M (IgM)**
- D80.6 Дефицит на антитела с близки до нормата имуноглобулини или с хиперимуноглобулинемия**
Дефицит на антитела с хиперимуноглобулинемия
- D80.7 Преходна хипоагамаглобулинемия при деца**
- D80.8 Други имунодефицитни състояния с преобладаващ дефект на антитела**
Дефицит на капа-леки вериги
- D80.9 Имунодефицит с преобладаващ дефект на антитела, неуточнен**

Комбинирани имунодефицитни състояния

Не включва: автозомна рецесивна агамаглобулинемия (швейцарски тип)

- D81.0 Тежък комбиниран имунен дефицит с ретикулна дисгенеза**
- D81.1 Тежък комбиниран имунен дефицит с ниско съдържание на Т и В клетки**
- D81.2 Тежък комбиниран имунен дефицит с ниско или нормално съдържание на В клетки**
- D81.3 Дефицит на аденозиндезаминаза [ADA]**
- D81.4 Синдром на Nezelof**
- D81.5 Дефицит на пурин-нуклеозид-фосфорилаза [PNP]**
- D81.6 Дефицит на главния хистокомпатибилен комплекс клас I**
- D81.7 Дефицит на главния хистокомпатибилен комплекс клас II**
- D81.8 Други комбинирани имунодефицити**
Дефицит на биотин-зависима карбоксилаза
- D81.9 Комбиниран имунодефицит, неуточнен**

Имунодефицит свързан с други значителни дефекти

Не включва: атаксия-телеангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)

- D82.0 Синдром на Wiskott-Aldrich**
Имунодефицит с тромбоцитопения и екзема
- D82.1 Синдром на Di George**
Синдром на дивертикул на фаринкса
Тимус:
- алимфоплазия
 - аплазия или хипоплазия с имунен дефицит
- D82.2 Имунодефицит с къси крайници**
- D82.3 Имунодефицит като резултат от наследствен дефект, предизвикан от вируса на Epstein-Barr**
Свързана с X-хромозомата лимфопролиферативна болест
- D82.4 Синдром на хиперимуноглобулин E (IgE)**
- D82.8 Имунодефицит, свързан с други уточнени значителни дефекти**

D82.9 Имунодефицит, свързан със значителни дефекти, неуточнен

Обикновен променлив имунодефицит

- D83.0** Обикновен променлив имунодефицит с преобладаващи отклонения в броя и функцията на В-клетките
- D83.1** Обикновен променлив имунодефицит с преобладаващи нарушения в имунорегулаторните Т-клетки
- D83.2** Обикновен променлив имунодефицит с автоантитела към В- или Т-клетки
- D83.8** Други обикновени променливи имунодефицитни състояния
- D83.9** Обикновен променлив имунодефицит, неуточнен

Други имунодефицити

- D84.0** Дефект на функционалния антиген-1 [LFA-1] лимфоцитите
- D84.1** Дефекти в системата на комплемента
Дефицит на C1 естеразен инхибитор [C1-INH]
- D84.8** Други уточнени имунодефицити
- D84.9** Имунодефицит, неуточнен

Други нарушения с включване на имунния механизъм, неклассифицирани другаде

Не включва: хиперглобулинемия БДУ (R77.1)

моноклонална гамопатия (D47.2)

отмиране и отхвърляне на трансплантата (D47.2)

- D89.0** Поликлонална хипергамаглобулинемия
Доброкачествена хипергамаглобулинемична пурпура
Поликлонална гамопатия БДУ

D89.2 Хипергамаглобулинемия, неуточнена

D89.8 Други уточнени нарушения, включващи имунния механизъм, неклассифицирани другаде

- D89.9** Нарушение, включващо имунния механизъм, неуточнено
Имунна болест БДУ

Системни атрофии, засягащи предимно централната нервна система

G11.3 Наследствена атаксия

Други вродени аномалии, неклассифицирани другаде

- Q89.0** Вродени аномалии на слезката
Аспления (вродена)
Вродена спленомегалия
Не включва: изомерия на предсърдното ухо (с аспления или полиспления) (Q20.60)

D71 Функционални нарушения на полиморфно-ядрените неутрофили

Дефект на рецепторния комплекс на клетъчната мембрана

Хронична (в детска възраст) грануломатозна болест

Вродена дисфагоцитоза

Прогресивна септична грануломатоза

E70.3 Албинизъм

Синдром на Chediak (-Stenbrinck-) Higashi

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1974 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])

	<ul style="list-style-type: none"> • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
1962	Компютърна томография на корем
	<p><i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
1960	Компютърна томография на гръден кош
	<p>Компютърна томография на гръден кош</p> <p><i>Включва:</i> кост гръдна стена бял дроб медиастинум плевра</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • корем (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • мозък (57001, 57007 [1957])
56301-00	Компютърна томография на гръден кош
1943	Ултразвук на корем или таз
55036-00	<p>Ултразвук на корем</p> <p><i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])</p>
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
	При необходимост:
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
	По преценка:
1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за ACAT

91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
1930	Имунологични изследвания
Подгрупа 1: изследване на хуморален имунитет IgG и/или A, и/или M, и/или E, и/или IgG субкласове и/или криоглобулини	
91923-00	Определяне на криоглобулин
91923-01	Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02	Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03	Определяне на общи имуноглобулини IgA
91924-00	Определяне на общи IgE
91905-04	Изследване на хуморален имунитет Ig G и/или A, и/или M, и/или E, и/ или Ig субкласове и/или криоглобулини
Подгрупа 2: изследване на комплемент – C3 ,C4, и/или C1 инхибитор (функционален и/или антигенен), и/или C1q и/или CH50.	
91923-04	Определяне на C3 компонент на комплемента
91923-05	Определяне на C4 компонент на комплемента
91940-00	Определяне на C1 компонент на комплемента
91940-01	Определяне на C1q компонент на комплемента
91940-02	Определяне на CH50 компонент на комплемента
Подгрупа 3: изследване на клетъчен имунитет – определяне на лимфоцитните популации: CD3+, CD3+8+, CD3+4+, CD19+, CD3-16+56+ и/или други специфични клетъчно–повърхностни лимфоцитни маркери	
91940-03	Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+
91940-04	Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+8+
91940-05	Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+4+
91940-06	Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD19+
91940-07	Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3-16+56+
91940-08	Изследване на други специфични клетъчно – повърхностни лимфоцитни маркери
Подгрупа 4: изследване на фагоцитната активност и/или на респираторния взрив на неутрофилите и моноцитите.	
91924-03	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата
91924-04	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
1926	Микробиологични изследвания
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
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 хрчка за култура и чувствителност

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

- 13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
 - опаковани клетки
 - червени кръвни клетки
- 13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити
- 92062-00 Приложение на друг серум
- 92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
- 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
- Инжектиране или трансфузия на:
- гама глобулин
 - имуноглобулин
 - Intragam

1920 Приложение на фармакотерапия

- 96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
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
Виж допълнителни знаци
- 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
- 96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
- 96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
▽ 0044
- Агенти, използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
- 96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
- 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96203-00	Перорално прилагане на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
Агенти, използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния <i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])	
96203-02	Перорално прилагане на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които едната задължително е **една подгрупа в кодовете**, посочени в една от подгрупите на блок „Имунологични изследвания“ и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Основна процедура **92191-00/92191-01** 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.

Подгрупа 1: Може да бъде отчетена с един от посочените кодове в групата;

Подгрупа 2: Може да бъде отчетена с кодове: **91923-04 и 91923-05 и/или 91940-00 и/или 91940-01 и 91940-02;**

Подгрупа 3: Може да бъде отчетена с кодове: **91940-03, 91940-04, 91940-05, 91940-06, 91940-07 и/или с код 91940-08;**

Подгрупа 4: Може да бъде отчетена с код **91924-03 и/или 91924-04.**

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират показателите от двата блока, включващи: ПКК, СУЕ, ДКК - задължително; при нужда хемостазни показатели (PT,aPTT, INR, фибриноген) и/или Биохимични изследвания – кръвна захар, креатинин, урея, пикочна киселина, ASAT, ALAT,АФ,ГГТ,общ и директен билирубин, йонограма, общ белтък и други (по преценка) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Клинична имунология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична имунология", медицинската специалност Клинична алергология, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология", само за код D84.1. (дефекти в системата на комплемента).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 и чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната помощ, разположени на територията му

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по клинична имунология или Клиника/отделение по клинична алергология (само за заболяване с МКБ код D84.1 Дефекти в системата на комплемента)
2. Лаборатория/клиника/отделение по клинична имунология III ниво
3. ОАРИЛ/КАРИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Образна диагностика

2. 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 процедура и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по трансфузионна хематология
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

2.1 Необходими специалисти за лечение на пациентите в клиника по клинична имунология:

- двама лекари със специалност по клинична имунология

2.2 Необходими специалисти за лечение на пациентите в клиника по клинична алергология само за заболяване с МКБ код D84.1:

- двама лекари със специалност по клинична алергология

2.3 Необходими специалисти на територията на лечебното заведение:

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Лечение на пациенти с вродени имунни дефицити при необходимост от:

- заместителна терапия с интравенозен гамаглобулин;
- терапия с парентерални и орални имуномодулатори;
- терапия на възникнали усложнения, свързани с основното заболяване;
- заместителна терапия с концентриран C1-естеразен инхибитор, брадикинин-рецепторен антагонист или прясно замразена плазма;
- антимикробна или друга терапия на възникнали усложнения, свързани с основното заболяване.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Времеви график на изследванията посочени в частта “Кодове на основни процедури”:

Снемане на анамнеза и статус – до 2 час на първи ден;

Изследване на кръв - ПКК с диференциално броене - до 2 час от хоспитализацията;

Изследване на хуморален и/или клетъчен имунитет – до 24 час от хоспитализацията;

Биохимични изследвания – до 12 час на хоспитализацията;

Микробиологични изследвания – до 72 час на хоспитализацията ;

Рентгенография на бял дроб – до 12 час на хоспитализацията (за код D84.1 – до 24 час);

Ехография на коремни органи – до 24 час на хоспитализацията (за код D84.1 – до 48 час);

Клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на хоспитализацията

В лечебната схема се включват медикаменти от следните лекарствени групи използвани самостоятелно или в комбинация:

- **интравенозен човешки имуноглобулин**

Дозировка: 0.2-0.6 г/кг т.т. в два/три последователни дни на бавна интравенозна инфузия.

- **нормален човешки имуноглобулин за подкожен път на въвеждане**

Дозировка: 0.1-0.2 г/кг т.т. като подкожна инфузия с помпа на няколко места

- **концентриран C1 естеразен инхибитор**

Дозировка: 20 U/кг (от 500 до 1500 U общо) еднократно на бавна интравенозна инфузия

- **антагонист на брадикинин-рецептор**

Дозировка: 30 мг еднократно подкожно, за предпочитане в коремната стена. Ако симптомите продължават, следващата инжекция може да се постави след шест часа. За период от 24 часа се поставят не повече от три инжекции.

- **глюкокортикостероиди**

- **други терапевтични средства с имуномодулиращ ефект – интерферон-гама, колонистимулиращ фактор и други**

- **антибактериална терапия – емпирична или съобразно изолирания бактерии**

- **патогенетични и симптоматични средства:** при нужда вливания на глюкозо-солеви разтвори, кардиотоници, витамини, антипиретици, прясно замразена плазма или свежа кръв, или други кръвни компоненти, атенюирани андрогени, анти-фибринолитични и др.

- **антимикотична терапия**

- **противовирусна терапия**

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Пациентите се хоспитализират с уточнена диагноза, но при промяна в състоянието/диагнозата се ползва информацията от анамнестичните данни, клиничната картина, медико-диагностични изследвания извършени преди и/или след хоспитализацията (имунологичните, молекулярно-биологични, лабораторни, инструментални, образни и други), съгласно международно приетите диагностични критерии (например на пан-американската група за имунодефицити (PAGID) и европейското дружество за имунодефицити (ESID) за първичните имунодефицити).

По време на хоспитализацията могат да се извършват контролни изследвания за отчитане на ефекта от избрания план на терапевтично поведение и конкретните лекарствени схеми.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и болният се дехоспитализира при определяне на терапевтичното поведение и проведена терапия, с подобрение или без промяна на състоянието. В епикризата се вписва схемата на последващото амбулаторно лечение.

Довършване на лечебния процес и проследяване

При изписването се дава епикриза, включваща план за поведение и наблюдение от специалист клиничен имунолог или педиатър и общо практикуващ лекар, както и становище за провеждане на следващ терапевтичен курс, вписано в епикризата на пациента.

Препоръчват се два контролни прегледа след дехоспитализацията в рамките на един месец.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ГАМАГЛОБУЛИН ЗА
ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИМУНОДЕФИЦИТИ

Име:.....

ЕГН

ИЗ №:

Сериен номер на флакона:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При пациенти с имунодефицит с преобладаващ недостиг на антитела като заместителна животоспасяваща терапия. Преди първа инфузия да се изследват серумни имуноглобулини поради риск от анафилактична реакция при пациенти с дефицит на IgA.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към гамаглобулин за интравенозно приложениеи		
Селективен IgA-дефицит		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ГАМАГЛОБУЛИН ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ		
Главоболие, мигалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
Други		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия гамаглобулин за интравенозно приложение се прилага в доза от 0,2-0,6г/кг в продължение на 3 последователни дни на бавна интравенозна инфузия.		

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с гамаглобулин (субкутант) за интравенозно приложение, както и с някои други препарати за заместителна или допълнителна терапия. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочените медикаменти и заплаща приложението им в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза гамаглобулин за интравенозно приложение, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Гамаглобулините за интравенозно приложение водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрит преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки гамаглобулин за интравенозно приложение става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението в рамките на болничния престой на пациента, и подлежат на контрол при провеждане на ОДИТ от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №

.....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....
.....

Диагноза:

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

Лечение с гамаглобулин за интравенозно приложение фабричен № на флакона
Индикации/ контраиндикации

Дата на инфузията	Фабричен номер на флакона	Лекарствен продукт	Годен до	количество	Начало на инфузията	Край на инфузията	поносимост

Извършил

инфузията : сестра:

/име, подпис/

лекар:

/име, подпис/

ПРОТОКОЛ

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ СЪС C1 ЕСТЕРАЗЕН ИНХИБИТОР ИЛИ
АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР, ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ИЛИ
ПОДОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С НАСЛЕДСТВЕН АНГИОЕДЕМ
Име:.....

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐☐

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Комплементни фракции		
ПОКАЗАНИЯ		
При пациенти с наследствен ангиоедем с недостиг или функционално неактивен C1 естеразен инхибитор като заместителна животоспасяваща терапия.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към активната или помощни съставки		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ СЪС C1 ЕСТЕРАЗЕН ИНХИБИТОР ИЛИ АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР, ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ИЛИ ПОДОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ		
Температура		
Анафилаксия		
Парене, болка, зачервяване в мястото на инжектиране		
Гадене		
Мускулна слабост		
Други		
НАЧИН НА ПРИЛАГАНЕ		
1. C1 естеразният инхибитор се прилага еднократно бавно интравенозно в доза 20 U/kg телесно тегло. 2. Антагонистът на бардикининовия рецептор се прилага в доза 30 mg еднократно подкожно, за предпочитане в коремната стена. Следващата инжекция може да се постави след шест часа, но не повече от три инжекции за 24 часа.		

ФИШ

КП №

.....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:

Диагноза:

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

**ЛЕЧЕНИЕ СЪС C1 ЕСЕТРАЗЕН ИНХИБИТОР ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ
ИЛИ С АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР ЗА ПОДКОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ**
фабричен № на флакона

Индикации	Контраиндикации

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (ПОПЕЧИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА)

Имунодефицитите са разнородна група заболявания. Най-общо те се класифицират в пет основни групи: В-клетъчни имунни дефицити, комбинирани имунни дефицити, други добре дефинирани синдроми с имунен дефицит, фагоцитна дисфункция и дефицит на комплемента. Общите прояви на ИД включват липсващ или намален в различна степен имунен отговор при бактериални, вирусни, гъбични и паразитни инфекции. Типовете инфекции, които възникват дават важна насока върху типа на имунодефицитното заболяване, което се развива.

Първичните имунодефицитни заболявания (ПИД) са хетерогенна група и се дължат на дефекти в гените свързани с имунната защита. Досега са описани над 100 ПИД като броят им непрекъснато нараства. Счита се, че около 500 души на 1 милион население, са пациенти с ИД, които се нуждаят от лекарско наблюдение и медицински грижи.

Вторичните /придобитите/ имунодефицитни състояния представляват нарушения на хуморалния и/или клетъчно-свързания имунитет с разнообразна етиология и настъпващи по различни механизми. Основно правило при тях е да се търси и лекува етиологичния фактор, довел до имунодефицитното състояние. Най-чести причини за поява на вторичните ИД са: вирусни инфекции, метаболитни нарушения, хемоглобинопатии, хронични инфекции, хранителен дефицит, лекарствено привикване, лъчетерапия, имunosупресивна терапия, злокачествени новообразувания, алкохолизъм на майката, състояния със загуба на белтък (ентеропатия, тежки изгаряния)

Клинични белези (симптоми), свързани с имунодефицитите:

Симптоми, появяващи се често и силно суспектни за ИД

- Хронична инфекция
- Повтарящи се инфекции (повече от очакваното)
- Необикновени (редки) микробни причинители или опортюнистични инфекции
- Непълно възстановяване между епизодите на инфекция или непълен отговор към лечението

Симптоми, появяващи се често и умерено суспектни за ИД

- Кожни лезии (екзема, кожна кандида, обрив, себорея, алоpecia и др.)
- Хронична диария
- Изоставане в растежа
- Хепатоспленомегалия
- Хематологични нарушения (левкопения, анормална мофология)
- Повтарящи се абсцеси
- Повтарящ се остеомиелит
- Данни за автоимунитет

Други симптоми

При наследствения ангиоедем обичайна проява са периодичните пристъпи на несърбящи подкожни отоци, които обхващат горните дихателни пътища, кожата и стомашно-чревния тракт.

Диагнозата на имунодефицитните състояния се извършва на два етапа:

1. Начален имунологичен скрининг за първична оценка на имунния отговор.
2. Специализирани имунологични изследвания с оглед етиологично уточняване, стадиране и определяне на терапевтичен подход за провеждане на заместителна терапия с интравенозен гамаглобулин и/или терапия с парентерални и орални имуномодулатори.

Лечение на ПИД

1. Основни категории терапия:

- Интравенозен човешки имуноглобулин
- Човешки имуноглобулин за подкожен път на въвеждане
- Концентриран C1 естеразен инхибитор
- Профилактика с Danazol
- Антибиотична профилактика
- Трансплантация на хемопоетични стволови клетки
- Генна терапия (стадий на клинични проучвания)

2. Други медикаменти

- глюкокортикостероиди
- други терапевтични средства с имуностимулиращ ефект – интерферон-гама, колонистимулиращ фактор и други
- антибактериална терапия
- патогенетични и симптоматични средства: при нужда вливания на глюкозо-солеви разтвори, кардиотоници, витамини, антипиретици, прясно замразена плазма или свежа кръв, атенюирани андрогени, антифибринолитичи и др.
- противогъбична терапия
- противовирусна терапия

КП № 110 ЛЕЧЕНИЕ НА ДОКАЗАНИ ПЪРВИЧНИ ИМУНОДЕФИЦИТИ

КП № 110.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ДОКАЗАНИ ПЪРВИЧНИ ИМУНОДЕФИЦИТИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Имунодефицит с преобладаващ недостиг на антитела

- D80.0** Наследствена хипогамаглобулинемия
Автозомно рецесивна агамаглобулинемия (швейцарски тип)
Свързана с X-хромозомата агамаглобулинемия [Брутон] (с дефицит в растежния хормон)
- D80.1** Нефамилна хипогамаглобулинемия
Агамаглобулинемия с В лимфоцити, носещи имуноглобулини
Обикновена променлива агамаглобулинемия [CVAgamma]
Хипогамаглобулинемия БДУ
- D80.2** Селективен дефицит на имуноглобулин А (IgA)
- D80.3** Селективен дефицит на подкласовете на имуноглобулин G (IgG)
- D80.4** Селективен дефицит на имуноглобулин M (IgM)
- D80.5** Имунодефицит с повишен имуноглобулин M (IgM)
- D80.6** Дефицит на антитела с близки до нормата имуноглобулини или с хиперимуноглобулинемия
Дефицит на антитела с хиперимуноглобулинемия
- D80.7** Преходна хипогамаглобулинемия при деца
- D80.8** Други имунодефицитни състояния с преобладаващ дефект на антитела
Дефицит на капа-леки вериги
- D80.9** Имунодефицит с преобладаващ дефект на антитела, неуточнен

Комбинирани имунодефицитни състояния

Не включва: автозомна рецесивна агамаглобулинемия (швейцарски тип)

- D81.0** Тежък комбиниран имунен дефицит с ретикулна дисгенеза
- D81.1** Тежък комбиниран имунен дефицит с ниско съдържание на Т и В клетки
- D81.2** Тежък комбиниран имунен дефицит с ниско или нормално съдържание на В клетки
- D81.3** Дефицит на аденозиндезаминаза [ADA]
- D81.4** Синдром на Nezelof
- D81.5** Дефицит на пурин-нуклеозид-фосфорилаза [PNP]
- D81.6** Дефицит на главния хистокомпатибилен комплекс клас I
- D81.7** Дефицит на главния хистокомпатибилен комплекс клас II
- D81.8** Други комбинирани имунодефицити
Дефицит на биотин-зависима карбоксилаза
- D81.9** Комбиниран имунодефицит, неуточнен

Имунодефицит свързан с други значителни дефекти

Не включва: атаксия-телеангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)

- D82.0** Синдром на Wiskott-Aldrich
Имунодефицит с тромбоцитопения и екзема
- D82.1** Синдром на Di George
Синдром на дивертикул на фаринкса
Тимус:
 - алимфоплазия
 - аплазия или хипоплазия с имунен дефицит
- D82.2** Имунодефицит с къси крайници
- D82.3** Имунодефицит като резултат от наследствен дефект, предизвикан от вируса

- на Epstein-Barr
Свързана с Х-хромозомата лимфопролиферативна болест
D82.4 Синдром на хиперимуноглобулин Е (IgE)
D82.8 Имунodefицит, свързан с други уточнени значителни дефекти
D82.9 Имунodefицит, свързан със значителни дефекти, неуточнен

Обикновен променлив имунodefицит

- D83.0 Обикновен променлив имунodefицит с преобладаващи отклонения в броя и функцията на В-клетките**
D83.1 Обикновен променлив имунodefицит с преобладаващи нарушения в имунорегулаторните Т- клетки
D83.2 Обикновен променлив имунodefицит с автоантитела към В- или Т-клетки
D83.8 Други обикновени променливи имунodefицитни състояния
D83.9 Обикновен променлив имунodefицит, неуточнен

Други имунodefицити

- D84.0 Дефект на функционалния антиген-1 [LFA-1] лимфоцитите**
D84.1 Дефекти в системата на комплемента
Дефицит на C1 естеразен инхибитор [C1-INH]
D84.8 Други уточнени имунodefицити
D84.9 Имунodefицит, неуточнен

Други нарушения с включване на имунния механизъм, неklасифицирани другаде

- Не включва:** хиперглобулинемия БДУ (R77.1)
моноклонална гамапатия (D47.2)
отмиране и отхвърляне на трансплантата (D47.2)
D89.0 Поликлонална хипергамаглобулинемия
Доброкачествена хипергамаглобулинемична пурпура
Поликлонална гамапатия БДУ
D89.2 Хипергамаглобулинемия, неуточнена
D89.8 Други уточнени нарушения, включващи имунния механизъм, неklасифицирани другаде
D89.9 Нарушение, включващо имунния механизъм, неуточнено
Имунна болест БДУ

Системни атрофии, засягащи предимно централната нервна система

- G11.3** Наследствена атаксия

Други вродени аномалии, неklасифицирани другаде

- Q89.0 Вродени аномалии на слезката**
Аспления (вродена)
Вродена спленомегалия
Не включва: изомерия на предсърдното ухо (с аспления или полиспления)
(Q20.60)

- D71 Функционални нарушения на полиморфно- ядрените неутрофили**
Дефект на рецепторния комплекс на клетъчната мембрана
Хронична (в детска възраст) грануломатозна болест
Вродена дисфагоцитоза
Прогресивна септична грануломатоза

- E70.3 Албинизъм**
Синдром на Chediak (-Stenbrinck-) Higashi

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

58500-00	Рентгенография на гръден кош
	Включва: бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум
	Не включва: такава на: <ul style="list-style-type: none"> • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
1962	Компютърна томография на корем
	Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
	Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
1960	Компютърна томография на гръден кош
	Компютърна томография на гръден кош
	Включва: кост гръдна стена бял дроб медиастинум плевра
	Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none"> • корем (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • мозък (57001, 57007 [1957])
56301-00	Компютърна томография на гръден кош
1943	Ултразвук на корем или таз
55036-00	Ултразвук на корем
	Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
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
	При необходимост:
91910-08	Изследване на време на кръвене
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген

По преценка:

1924 Биохимична изследвания

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

1930 Имунологични изследвания

Подгрупа 1: изследване на хуморален имунитет IgG и/или А, и/или М, и/или Е, и/или IgG субкласове и/или криоглобулини

91923-00	Определяне на криоглобулин
91923-01	Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02	Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03	Определяне на общи имуноглобулини IgA
91924-00	Определяне на общи IgE
91905-04	Изследване на хуморален имунитет Ig G и/или А, и/или М, и/или Е, и/ или Ig субкласове и/или криоглобулини

Подгрупа 2: изследване на комплемент – С3 ,С4, и/или С1 инхибитор (функционален и/или антигенен), и/или С1q и/или СН50.

91923-04	Определяне на С3 компонент на комплемента
91923-05	Определяне на С4 компонент на комплемента
91940-00	Определяне на С1 компонент на комплемента
91940-01	Определяне на С1q компонент на комплемента
91940-02	Определяне на СН50 компонент на комплемента

Подгрупа 3: изследване на клетъчен имунитет – определяне на лимфоцитните популации: CD3+, CD3+8+, CD3+4+, CD19+, CD3-16+56+ и/или други специфични клетъчно–повърхностни лимфоцитни маркери

91940-03	Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+
91940-04	Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+8+
91940-05	Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+4+
91940-06	Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD19+
91940-07	Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3-16+56+
91940-08	Изследване на други специфични клетъчно – повърхностни лимфоцитни маркери

Подгрупа 4: изследване на фагоцитната активност и/или на респираторния взрив на неутрофилите и моноцитите.

91924-03	Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата
91924-04	Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест

1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19	
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2	
1926 Микробиологични изследвания	
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
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 хрчка 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 хрчка 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 хрчка за култура и чувствителност
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • тромбоцити
92062-00	Приложение на друг серум
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт
13706-05	Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на: <ul style="list-style-type: none"> • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam
1920 Приложение на фармакотерапия	
96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент <i>Виж допълнителни знаци</i> Прилагане на фармакологичен агент чрез: <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <i>Кодирай също когато е направена:</i> <ul style="list-style-type: none"> • 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
Виж допълнителни знаци

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
V 0044

Агенти, използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96203-00 Перорално прилагане на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

Агенти, използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96203-02 Перорално прилагане на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които едната задължително е **една подгрупа в кодовете**, посочени в една от подгрупите на блок „Имунологични изследвания“ и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Основна процедура **92191-00/92191-01** 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.

Подгрупа 1: Може да бъде отчетена с един от посочените кодове в групата;

Подгрупа 2: Може да бъде отчетена с кодове: **91923-04 и 91923-05 и/или 91940-00 и/или 91940-01 и 91940-02;**

Подгрупа 3: Може да бъде отчетена с кодове: **91940-03, 91940-04, 91940-05, 91940-06, 91940-07 и/или с код 91940-08;**

Подгрупа 4: Може да бъде отчетена с код **91924-03 и/или 91924-04.**

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират показателите от двата блока, включващи: ПКК, СУЕ, ДКК - задължително; при нужда хемостазни показатели (PT, aPTT, INR, фибриноген) и/или Биохимични изследвания – кръвна захар, креатинин, урея, пикочна киселина, ASAT, ALAT, АФ, ГГТ, общ и директен билирубин, йонограма, общ белтък и други (по преценка) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Клинична имунология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична имунология", медицинската специалност Клинична алергология, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология", само за код D84.1. (дефекти в системата на комплемента), медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 и чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната помощ, разположени на територията му

Задължително звено/медицинска апаратура
Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по клинична имунология или Клиника/отделение по клинична алергология (само за код D84.1 Дефекти в системата на комплемента)
2. Лаборатория/клиника/отделение по клинична имунология III ниво
3. ОАРИЛ/КАРИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Образна диагностика

2. 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 процедура и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по трансфузионна хематология
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

- **Необходими специалисти за лечение на пациентите в клиника по педиатрия:**

- четирима лекари със специалност педиатрия.

- **Необходими специалисти за лечение на пациентите в лаборатория/клиника/отделение по клинична имунология:**

- двама лекари със специалност по клинична имунология;

- **Необходими специалисти за лечение на пациентите в клиника по клинична алергология само за заболяване с МКБ код D84.1:**

- двама лекари със специалност по клинична алергология

3.1. Необходими специалисти на територията на лечебното заведение:

- двама лекари със специалност по клинична имунология, ако КП не се изпълнява в клиника по клинична имунология;

- лекар със специалност педиатрия, ако КП не се изпълнява в клиника по Педиатрия;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Лечение на пациенти с вродени имунни дефицити при необходимост от:

- заместителна терапия с интравенозен гамаглобулин;

- терапия с парентерални и орални имуномодулатори;

- терапия на възникнали усложнения, свързани с основното заболяване;

- заместителна терапия с концентриран C1-естеразен инхибитор, брадикинин-рецепторен антагонист или пряко замразена плазма;

- антимикробна или друга терапия на възникнали усложнения, свързани с основното заболяване.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Времеви график на изследванията посочени в частта “Кодове на основни процедури”:

- Снемане на анамнеза и статус – до 2 час на първи ден;
- Изследване на кръв - ПКК с диференциално броене - до 2 час от хоспитализацията;
- Изследване на хуморален и/или клетъчен имунитет – до 24 час от хоспитализацията;
- Биохимични изследвания – до 12 час на хоспитализацията;
- Микробиологични изследвания – до 72 час на хоспитализацията ;
- Рентгенография на бял дроб – до 12 час на хоспитализацията (за код D84.1 – до 24 час);
- Ехография на коремни органи – до 24 час на хоспитализацията (за код D84.1 – до 48 час);
- Клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на хоспитализацията

В лечебната схема се включват медикаменти от следните лекарствени групи използвани самостоятелно или в комбинация:

- **интравенозен човешки имуноглобулин**

Дозировка: 0.2-0.6 г/кг т.т. в два/три последователни дни на бавна интравенозна инфузия.

- **нормален човешки имуноглобулин за подкожен път на въвеждане**

Дозировка: 0.1-0.2 г/кг т.т. като подкожна инфузия с помпа на няколко места

- **концентриран С1 естеразен инхибитор**

Дозировка: 20 U/кг (от 500 до 1500 U общо) еднократно на бавна интравенозна инфузия

- **антагонист на брадикинин-рецептор**

Дозировка: 30 мг еднократно подкожно, за предпочитане в коремната стена. Ако симптомите продължават, следващата инжекция може да се постави след шест часа. За период от 24 часа се поставят не повече от три инжекции.

- **глюкокортикостероиди**

- **други терапевтични средства с имуномодулиращ ефект – интерферон-гама, колонистимулиращ фактор и други**

- **антибактериална терапия – емпирична или съобразно изолирания бактерии**

- **патогенетични и симптоматични средства:** при нужда вливания на глюкозо-солеви разтвори, кардиотоници, витамини, антипиретици, прясно замразена плазма или свежа кръв, или други кръвни компоненти, атенюирани андрогени, анти-фибринолитични и др.

- **антимикотична терапия**

- **противовирусна терапия**

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Пациентите се хоспитализират с уточнена диагноза, но при промяна в състоянието/диагнозата се ползва информацията от анамнестичните данни, клиничната картина, медико-диагностични изследвания извършени преди и/или след хоспитализацията (имунологичните, молекулярно-биологични, лабораторни, инструментални, образни и други), съгласно международно приетите диагностични критерии (например на пан-американската група за имунодефицити (PAGID) и европейското дружество за имунодефицити (ESID) за първичните имунодефицити).

По време на хоспитализацията могат да се извършват контролни изследвания за отчитане на ефекта от избрания план на терапевтично поведение и конкретните лекарствени схеми.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и болният се дехоспитализира при определяне на терапевтичното поведение и проведена терапия, с подобрене или без промяна на състоянието. В епикризата се вписва схемата на последващото амбулаторно лечение.

Довършване на лечебния процес и проследяване

При изписването се дава епикриза, включваща план за поведение и наблюдение от специалист клиничен имунолог или педиатър и общо практикуващ лекар, както и становище за провеждане на следващ терапевтичен курс, вписано в епикризата на пациента.

В цената на клиничната пътека, по която се отчитат лица до 18 годишна възраст, се включват и три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след дехоспитализация, които задължително се вписват в епикризата. Необходимите консултации, изследвания и манипулации при провеждане на контролните прегледи влизат в цената на клиничната пътека.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от “История на заболяването”.

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ГАМАГЛОБУЛИН ЗА
ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИМУНОДЕФИЦИТИ

Име:.....
.....

ЕГН

ИЗ №:

Сериен номер на флакона:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При пациенти с имунодефицит с преобладаващ недостиг на антитела като заместителна животоспасяваща терапия. Преди първа инфузия да се изследват серумни имуноглобулини поради риск от анафилактична реакция при пациенти с дефицит на IgA.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към гамаглобулин за интравенозно приложение		
Селективен IgA-дефицит		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ГАМАГЛОБУЛИН ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
Други		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия гамаглобулин за интравенозно приложение се прилага в доза от 0,2-0,6г/кг в продължение на 3 последователни дни на бавна интравенозна инфузия.		

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с гамаглобулин (субкутант) за интравенозно приложение, както и с някои други препарати за заместителна или допълнителна терапия. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочените медикаменти и заплаща приложението им в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза гамаглобулин за интравенозно приложение, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Гамаглобулините за интравенозно приложение водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрит преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки гамаглобулин за интравенозно приложение става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението в рамките на болничния престой на пациента, и подлежат на контрол при провеждане на ОДИТ от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №

.....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....
.....

Диагноза:

ЕГН

ИЗ №:

Лечение с гамаглобулин за интравенозно приложение фабричен № на флакона
Индикации/ контраиндикации

Дата на инфузията	Фабричен номер на флакона	Лекарствен продукт	Годен до	количество	Начало на инфузията	Край на инфузията	поносимост

Извършил

инфузията : сестра:

/име, подпис/

лекар:

/име, подпис/

ПРОТОКОЛ

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ СЪС C1 ЕСТЕРАЗЕН ИНХИБИТОР ИЛИ
АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР, ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ИЛИ
ПОДОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С НАСЛЕДСТВЕН АНГИОЕДЕМ
Име:.....

ЕГН

ИЗ №:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Комплементни фракции		
ПОКАЗАНИЯ		
При пациенти с наследствен ангиоедем с недостиг или функционално неактивен C1 естеразен инхибитор като заместителна животоспасяваща терапия.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към активната или помощни съставки		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ СЪС C1 ЕСТЕРАЗЕН ИНХИБИТОР ИЛИ АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР, ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ИЛИ ПОДОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ		

Температура		
Анафилаксия		
Парене, болка, зачервяване в мястото на инжектиране		
Гадене		
Мускулна слабост		
Други		
НАЧИН НА ПРИЛАГАНЕ		
1. С1 естеразният инхибитор се прилага еднократно бавно интравенозно в доза 20 U/kg телесно тегло. 2. Антагонистът на бардикининовия рецептор се прилага в доза 30 mg еднократно подкожно, за предпочитане в коремната стена. Следващата инжекция може да се постави след шест часа, но не повече от три инжекции за 24 часа.		

ФИШ

КП №

.....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....

Диагноза:

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

ЛЕЧЕНИЕ СЪС С1 ЕСЕТРАЗЕН ИНХИБИТОР ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ ИЛИ С АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР ЗА ПОДКОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ фабричен № на флакона	
Индикации	Контраиндикации

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА)

Имунодефицитите са разнородна група заболявания. Най-общо те се класифицират в пет основни групи: В-клетъчни имунни дефицити, комбинирани имунни дефицити, други добре дефинирани синдроми с имунен дефицит, фагоцитна дисфункция и дефицит на комплемента. Общите прояви на ИД включват липсващ или намален в различна степен имунен отговор при бактериални, вирусни, гъбични и паразитни инфекции. Типовете инфекции, които възникват дават важна насока върху типа на имунодефицитното заболяване, което се развива.

Първичните имунодефицитни заболявания (ПИД) са хетерогенна група и се дължат на дефекти в гените свързани с имунната защита. Досега са описани над 100 ПИД като броят им непрекъснато нараства. Счита се, че около 500 души на 1 милион население, са пациенти с ИД, които се нуждаят от лекарско наблюдение и медицински грижи.

Вторичните /придобитите/ имунодефицитни състояния представляват нарушения на хуморалния и/или клетъчно-свързания имунитет с разнообразна етиология и настъпващи по различни механизми. Основно правило при тях е да се търси и лекува етиологичния фактор, довел до имунодефицитното състояние. Най-чести причини за поява на вторичните ИД са: вирусни инфекции, метаболитни нарушения, хемоглобинопатии, хронични инфекции, хранителен дефицит, лекарствено привикване, лъчетерапия, имunosупресивна терапия, злокачествени новообразувания, алкохолизъм на майката, състояния със загуба на белтък (ентеропатия, тежки изгаряния)

Клинични белези (симптоми), свързани с имунодефицитите:

Симптоми, появяващи се често и силно суспектни за ИД

- Хронична инфекция
- Повтарящи се инфекции (повече от очакваното)
- Необикновени (редки) микробни причинители или опортюнистични инфекции
- Непълно възстановяване между епизодите на инфекция или непълен отговор

към лечението

Симптоми, появяващи се често и умерено суспектни за ИД

- Кожни лезии (екзема, кожна кандида, обрив, себорея, алоpecia и др.)
- Хронична диария
- Изоставане в растежа
- Хепатоспленомегалия
- Хематологични нарушения (левкопения, анормална мофология)
- Повтарящи се абсцеси
- Повтарящ се остеомиелит
- Данни за автоимунитет

Други симптоми

При наследствения ангиоедем обичайна проява са периодичните пристъпи на несърбящи подкожни отоци, които обхващат горните дихателни пътища, кожата и стомашно-чревния тракт.

Диагнозата на имунодефицитните състояния се извършва на два етапа:

1. Начален имунологичен скрининг за първична оценка на имунния отговор.
2. Специализирани имунологични изследвания с оглед етиологично уточняване, стадиране и определяне на терапевтичен подход за провеждане на заместителна терапия с интравенозен гамаглобулин и/или терапия с парентерални и орални имуномодулатори.

Лечение на ПИД

1. Основни категории терапия:

- Интравенозен човешки имуноглобулин
- Човешки имуноглобулин за подкожен път на въвеждане
- Концентриран C1 естеразен инхибитор
- Профилактика с Danazol
- Антибиотична профилактика
- Трансплантация на хемопоетични стволови клетки
- Генна терапия (стадий на клинични проучвания)

2. Други медикаменти

- глюкокортикостероиди
- други терапевтични средства с имуностимулиращ ефект – интерферон-гама, колонистимулиращ фактор и други
- антибактериална терапия
- патогенетични и симптоматични средства: при нужда вливания на глюкозо-солеви разтвори, кардиотоници, витамини, антипиретици, прясно замразена плазма или свежа кръв, атенюирани андрогени, антифибринолитичи и др.
- противогъбична терапия
- противовирусна терапия

КП № 111 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ ВНЕЗАПНО ВЪЗНИКНАЛИ СЪСТОЯНИЯ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

Минимален престой – 2 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

R00.0 Тахикардия, неуточнена

R06.8 Друго и неуточнено анормално дишане, вкл. и апнея

R10.4 Други и неуточнени болки в корема – колика

R11 Гадене и повръщане

Не включва: повръщане на кръв (K92.0)

- при новородено (P54.0)

повръщане:

- ексцесивно, при бременност (O21.-)
- след хирургична намеса на стомашночревния тракт (K91.0)
- при новородено (P92.0)
- психогенно (F50.5)

R21 Обрив и други неспецифични кожни ерупции

R50.9 Неустойчива треска

Хипертермия БДУ

Пирексия БДУ

R51 Главоболие

Болка в областта на лицето БДУ

Не включва: атипична болка в областта на лицето (G50.1)

мигрена и други синдроми на главоболие (G43-G44)

невралгия на тригеминуса (G50.0)

R56.0 Гърчове при треска /фебрилен гърч/

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем

Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])

при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-03 Изследване за албумин в урината

Микроалбуминурия

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06 Изследване на pH на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-17 Изследване за нитрити в урината

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

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

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

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

1924 Биохимична изследвания

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ

91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АПАТ

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92044-00 Друго кислородно обогатяване

Неинвазивно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба
Смяна на ректална тръба

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
 - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
 - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
 - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
 - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
 - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
 - перфузия (виж блок [1886])
 - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

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

Виж допълнителни знаци

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум две диагностични и една терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**, съгласно пакетите дейности, които следва да се извършват при заболяванията, посочени в алгоритъма на тази пътека.

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.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Дейности по клинична пътека № 111 могат да се извършват само, ако не може да бъде приложено диагностициране и/или лечение на детето по друга клинична пътека.

В случаите, при които в хода на болничния престой, се установят индикации за хоспитализация по друга клинична пътека в същото лечебно заведение, пациентът се отчита по клиничната пътека, за която има индикации и се провежда лечение в същото лечебно заведение.

В случаите, при които в хода на болничния престой, се установят индикации за хоспитализация по друга клинична пътека и е необходимо пациентът да се преведе в друго лечебно заведение, болничният случай се отчита по КП № 111 от превеждащото лечебно заведение и по втората клинична пътека от лечебното заведение, в което пациентът е преведен.

В случаите, когато индикациите налагат неотложна диагностика и лечение по друга клинична пътека, задължително се предприемат всички мерки пациентът да се преведе в лечебно заведение или структура на същото лечебно заведение с необходимата компетентност за лечение на съответните заболявания.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 педиатрия или Клиника/отделение по неонатология
2. Отделение по образна диагностика
3. Клинична лаборатория

2. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за I ниво на компетентност на структура по педиатрия - минимум двама лекари със специалност по педиатрия;
- за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането се изисква минимум един лекар с придобита специалност по педиатрия и квалификация по неонатология или с придобита специалност по неонатология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

1. II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при деца до 18 години с:

- необяснима тахикардия при деца с нормална температура, със сърдечна честота, надвишаваща максималната за съответната възраст;
- неуточнени нарушения в дишането, вкл. и апнея;
- продължителни или периодично повтарящи се в рамките на няколко часа коремни болки;
- гадене и повръщане, периодично повтарящи се в рамките на няколко часа, с белези на дехидратация, неповлияваща се от амбулаторно лечение;
- обрив и други неспецифични кожни ерупции;
- треска с неясен произход, с температура над 38.5 градуса, с продължителност няколко часа, неповлияваща се от амбулаторно лечение;
- главоболие с продължителност няколко часа, неповлияващо се от амбулаторно лечение;

- гърчове при треска (фебрилен гърч) - до 5 год. възраст.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 2 часа след приемането.

ЕКГ се извършва до 1 час след приемането на пациента.

Проследяването на артериално налягане и телесната температура започва не по-късно от 30 минути след приема на болния.

Назначеното образно изследване се извършва в рамките на болничния престой.

Задължителни изследвания и/или консултации при съответните заболявания, посочени в алгоритъма на клиничната пътека:

R00.0 Тахикардия:

- изследване на кръв –електролити и КГА;
- ЕКГ;
- рентгенография на гръден кош – по преценка;
- консултация с кардиолог - по преценка;
- една терапевтична процедура.

R06.8 Друго и неуточнено анормално дишане, вкл. и апнея

- изследване на кръв – ПКК, КГА или пулсоксиметрия;
- рентгенография на гръден кош;
- една терапевтична процедура.

R10.4 Други и неуточнени болки в корема-колика:

- изследване на кръв – хемоглобин, левкоцити, СУЕ; кр. захар; креатинин; електролити; билирубин – общ и директен, амилаза; АСАТ и АЛАТ;
- изследване на урина;
- диагностичен ултразвук на корем и ретроперитонеум – по преценка;
- обзорна рентгенография на корем – по преценка;
- консултация с хирург – по преценка;
- една терапевтична процедура.

R11 Гадене и повръщане:

- изследване на кръв – хемоглобин, левкоцити, СУЕ, хематокрит; кр. захар; креатинин; електролити; АСР; билирубин – общ и директен, амилаза; АСАТ и АЛАТ;
- изследване на урина;
- диагностичен ултразвук на корем и ретроперитонеум – по преценка;
- обзорна рентгенография на корем – по преценка;
- консултация с невролог – по преценка;
- консултация с нефролог – по преценка.
- една терапевтична процедура.

R21 Обрив и други неспецифични кожни ерупции:

- изследване на кръв – хемоглобин, левкоцити, СУЕ, диференциално броене;
- изследване на урина;
- една терапевтична процедура.

R50.9 Треска с неясен произход:

- изследване на кръв - хемоглобин, СУЕ, левкоцити, хематокрит, диференциално броене, кръвна захар;

- изследване на урина;
- рентгенография на гръден кош по преценка;
- проследяване на телесна температура;
- една терапевтична процедура;
- консултация със специалист по УНГ болести и др. специалисти – по преценка.

R51 Главоболие:

- изследване на кръв - хемоглобин, СУЕ, левкоцити, хематокрит, диференциално броене, кръвна захар;
- изследване на урина;
- проследяване на артериално налягане;
- ЕЕГ – по преценка;
- консултация със специалисти по нервни болести и очни болести - по преценка.
- една терапевтична процедура.

R56.0 Гърчове при треска /фебрилен гърч/

- изследване на кръв - хемоглобин, СУЕ, левкоцити, хематокрит, диференциално броене, кръвна захар;
- консултация със специалист по нервни болести;
- консултация със специалист по очни болести по преценка;
- ЕЕГ – по преценка;
- една терапевтична процедура.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на клиничната картина и извършените медико-диагностични изследвания, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение и изключване на алтернативни диагнози.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

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 дехоспитализацията при децата се извършва след отзвучаване на клиничните симптоми.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Състоянията, включени в тази клинична пътека, са начални симптоми на различни заболявания и тогава децата съответно се лекуват за тях. Макар и рядко, посочените състояния може да са изолирано явление, да са краткотрайни по продължителност и в крайна сметка да не се достигне до изявата на определено заболяване. При внезапно възникване и няколкочасова продължителност, те създават непосредствена опасност за здравето на децата. Това се отнася особено за ранната детска възраст (новородени и до 3-годишна възраст), когато патологичните процеси имат склонност към бърза генерализация и защитните сили на организма са несъвършени. При такива изолирани, но бързо възникнали и продължително (часове) протичащи състояния се налага наблюдение в болнична обстановка, за да се изключи със сигурност възможността те да не са начало на конкретно заболяване. При намаляване на интензитета и изчезване на посочените състояния, пациентът се изписва в домашна обстановка като има право на два контролни прегледа в рамките на един месец след изписването. По-подробна информация родителите могат да получат от лекуващия лекар.

КП № 112 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МУКОВИСЦИДОЗА

Минимален болничен престой 7 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Кистозна фиброза

Включва: муковисцидоза

E84.0 Кистозна фиброза с белодробни прояви

E84.1 Кистозна фиброза с чревни прояви
Мекониум илеус (P75*)

E84.8 Кистозна фиброза с други прояви

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за изследване на ларинкса

41849-00 Ларингоскопия
Директна ларингоскопия

Процедури за изследване на бронх

41898-00 Фиброоптична бронхоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (41892-00 [544])
• дилатация (41904-00 [546])
• екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

41889-00 Бронхоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (41892-00 [544])
• дилатация (41904-00 [546])
• екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания

11810-00 Изследване на гастро-езофагеален рефлукс, включващ 24 часа pH мониторинг
Включва: анализ
интерпретация
доклад
Не включва: такава с < 24 часа pH мониториране – пропусни кода

Панендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия

Панендоскопия с ексцизия

30075-13 Биопсия на тънко черво

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Фиброоптична колоноскопия

- 32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума
Не включва: такава с:
 • биопсия (32084-01 [911])
 • полипектомия (32087-00 [911])
- 32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика
Гъвкава сигмоидоскопия
Къса колоноскопия
Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911])
 такава с:
 • биопсия (32084-01 [911])
 • полипектомия (32087-00 [911])

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

- 32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

Изследване на жлъчен мехур или жлъчни пътища

- 30484-00 Ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP)
Включва: четкова биопсия на жлъчни пътища
 биопсия
Не включва: ендоскопска ретроградна панкреатография [ERP] (30484-02 [974])
- 30484-01 Ендоскопска ретроградна холангиография (ERC)
Включва: четкова биопсия на жлъчни пътища
 биопсия

Рентгенография на глава или шия

РЕНТГЕНОГРАФИЯ НА ГЛАВА ИЛИ ШИЯ

- 57903-00 Рентгенография на параназален синус
- 57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
 такава на:
 • мастоидна кост (57906-00 [1967])
 • околоносен синус (57903-00 [1967])
 • петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Компютърна томография на гръден кош

- 56301-00 Компютърна томография на гръден кош
- 56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Томография

60100-00 Томография

Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:
• холецистография (58924-00 [1976])
• венозна пиелография (58706-00 [1978])

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])

60503-00 Флуороскопия

Кодирай също когато е направена:
• инсуфлация с въздух (59763-00 [1999])

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум

Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум

Включва: предварителен общ план

Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва

Серийно изследване на тънки черва

Включва: предварителен общ план

Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])

58912-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум с последващо изследване до дебело черво

Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах и дуоденум и последваща до колон

58914-00 Иригография

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем

Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Компютърна томография на корем

56401-00	Компютърна томография на корем
Рентгенография на горен крайник	
57512-03	Рентгенография на длан, пръсти и китка
Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем <i>Включва:</i> сканиране на уринарен тракт <i>Не включва:</i> коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
Изследване на кости	
12306-00	Костна денситометрия с помощта на двойно енергийна рентгенова абсорбциометрия Костна денситометрия с използване на двойно енергийна x-ray абсорбциометрия <i>Забележка:</i> Изпълнена за диагноза: <ul style="list-style-type: none"> • и мониторинг на костна плътност • при ниска костна плътност
Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
1932	Изследвания на урината
91920-03	Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-13	Изследване за амилаза в урината
91920-14	Изследване за белтък в урината
91920-15	Изследване за пикочна киселина в диурезата
91920-16	Изследване за билирубин в урината
91920-17	Изследване за нитрити в урината
91920-18	Изследване за кетони в урината
Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания	
11800-00	Тест за моторика на хранопровод Манометричен мотилитетен тест на хранопровод
Друго измерване на дихателна функция	
11506-00	Други изследвания на дихателна функция Дихателен функционален тест } Спирометрия } БДУ
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропуски кода

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания	
13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
92057-00	Телеметрия Електрографично мониториране <i>Не включва:</i> тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])
Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
Друго измерване на дихателна функция	
13311-00	измерване на газове на смесена венозна кръв
1926	Микробиологични изследвания
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
92184-02	Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност
91937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
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
1924	Биохимични изследвания
91904-13	Протеинограма (електрофореза на серумни белтъци)
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-24	Клинично-химични изследвания за гликиран хемоглобин
91904-14	Орален глюкозотолерансен тест
91915-00	Други имунологични изследвания
Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-03	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за бактериална намазка
91919-04	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура
91919-05	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност

91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за паразитология
91939-14	Изследване на фекална еластаза и калпротектин
91939-15	Количествено определяне на електролити в потта. Пилокарпинов тест
1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот	
96067-00	Хранителни/диетични консултации или образование <i>Не включва:</i> превантивна консултация или обучение (96066-00 [1867])
96072-00	Предписани/самостоятелно избрани медикаменти, консултиране или обучение <i>Забележка:</i> Медикаментозна консултация или обучение включва съвет за действие/ефект (странични или други) на лекарствата, върху управлението на лекарствения режим и върху изписването на медикаменти. Включва също съвет за предпазване от странични лекарствени ефекти и осигуряване на обучителни материали относно медикаментозното лечение. Този съвет може да бъде даден на клиентите или на други доставчици на услуги. <i>Не включва:</i> консултация или обучение за системите за доставка на медикаменти (96071-00 [1867]) съвети или обучение при привикване към субстанции (96073-00 [1867])
Обучение на умения за функции на телесната система	
96138-00	Двигателна терапия, дихателна система [дишане] Възстановяване на белодробен обем (чрез ръчна хипервентиляция) <i>Забележка:</i> Упражнения за увеличаване на белодробен обем и гръдните движения и подпомагане изхвърлянето на секрети и/или да подобряване параметрите на дишането
Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
92044-00 V 1615	Друго кислородно обогатяване Каталитична кислородотерапия Циторедуктивен ефект Кислородотерапия Оксигенатори <i>Не включва:</i> хипербарна оксигенация (виж блок [1888])
96157-00	Неинцизионен дренаж на дихателни пътища Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване) Постурален дренаж Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентиляция)

Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:

- перкусия
- разклащане
- вибратор

Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията

Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент , хранително вещество

96199-07 Интравенозно приложение на 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])

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

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])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

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, противоинфекциозен 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, противоинокциозен 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена:

1.При новооткрито заболяване, ако са приложени и отчетени минимум четири основни диагностични процедури, едната от които задължително е 91939-15 и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Приложените диагностични процедури следва да доказват наличие на заболяването Кистозна фиброза.

Терапевтична процедура с код 96067-00 се отчита еднократно при откриване на заболяването.

2. При лица до 18 годишна възраст с доказана диагноза, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури** и съобразени с органните прояви на заболяването.

3. При лица над 18 годишна възраст с доказана диагноза, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури** и съобразени с органните прояви на заболяването.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

Лечебното заведение, изпълнител на клиничната пътека, осигурява комплексно лечение на основно заболяване, придружаващи заболявания и усложнения.

Лечебното заведение, изпълнител на клинична пътека № 112, задължително сключва договор и за амбулаторна процедура № 9 „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при муковисцидоза“, съгласно Приложение към Наредбата към чл. 45 от Закона за здравното осигуряване, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са: Муковисцидоза.

1. 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
Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по детска гастроентерология
2. Отделение по образна диагностика
3. Структура за функционално изследване на дишането
4. Клинична лаборатория
5. КАИЛ/ОАИЛ или легла за интензивно лечение

2. 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, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Структура по медицинска генетика
2. Клинична паразитология
3. Клинична патология
4. Клинична микробиология – на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

Наличният брой специалисти в лечебното заведение и тяхната квалификация отговаря на медицинския стандарт по съответната специалност на структурите, в които се извършва дейността, съгласно т.І, 1 и 2 от тази клинична пътека.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

Наличният брой специалисти в лечебното заведение и тяхната квалификация отговаря на медицинския стандарт по съответната специалност на структурите, в които се извършва дейността, съгласно т.І, 1 и 2 от тази клинична пътека.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

На хоспитализация подлежат лица до и над 18 годишна възраст при симптоми от страна на дихателната система, гастроинтестиналния тракт, ендокринната система и др., отговарящи на индикациите.

В зависимост от доминиращите органни прояви на заболяването пациентите се хоспитализират в съответната клиника/отделение

1. Диагностика на лица до и над 18-годишна възраст със съмнение за муковисцидоза при симптоми от страна на дихателната система, гастроинтестиналния тракт, ендокринната система и др.;

2. Лечение на лица до и над 18 г. с установена диагноза муковисцидоза при:

2.1. Засилване на кашлицата и/или увеличаване обема и промяна в характеристиката на експекторацията, нарастване или новопоявила се диспнея и наличието на фебрилно-интоксикационен синдром

2.2. Кръвохрак

2.3. Физикални и рентгенови данни за пневмоторакс

2.4. Анамнестични, физикални и рентгенови данни за пневмоничен инфилтрат

2.5. Анамнестични, физикални и рентгенови данни за плеврален излив

2.6. Декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност - $PaO_2 < 55 \text{ mmHg}$

2.7. Холестаза

2.8. Клинични белези на остър панкреатит

2.9. Интестинална обструкция

2.10. При деца до 18-годишна възраст - десатурация под обичайните за пациента стойности при пулсоксиметрията.

2.11. При деца под 2-годишна възраст:

2.11.1. рецидивиращи или засилващи се дихателни симптоми - кашлица, свирене, диспнея;

2.11.2. ненаддаване на тегло от екзокринна панкреасна дисфункция със стеаторея и диария;

2.11.3. пролапс на ректума;

2.11.4. анемия, отоци и хипонатриемия;

2.11.5. дехидратация и електролитни нарушения (псевдо batter синдром), хипохлоремична метаболитна алкалоза;

2.11.6. холестаза.

3. Интензивно лечение при:

3.1. тежка диспнея, неповлияна от терапията на предишните етапи;

3.2. промени в съзнанието;

3.3. нарастваща хипоксемия и хиперкапния;

3.4. необходимост от механична вентилация.

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

За лица над 18 годишна възраст

- Засилване на кашлицата с увеличаване обема и промяна в характеристиката на експекторацията, нарастване или новопоявила се диспнея и наличието на фебрилно-интоксикационен синдром

- Кръвохрак
- Физикални и ренгенови данни за пневмоторакс
- Анамнестични , физикални и ренгенови данни за пневмоничен инфилтрат
- Анамнестични , физикални и ренгенови данни за плеврален излив
- Декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност – $PaO_2 < 55 \text{ mmHg}$
- Холестаза
- Клинични белези на остър панкреатит
- Интестинална обструкция - дистален интестинален обструктивен синдром – DIOS („мекониум илеус еквивалент“)

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Алгоритъмът е съобразен с Българските стандарти за диагностика и лечение, разработени под егидата на Асоциация Муковисцидоза в България и базирани на Европейските директиви и препоръките за поведение (Standarts of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus)

- вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания (вкл. КГА) се извършва до 24 часа от приемането;
- спирометрия (когато състоянието или възрастта на болния позволява) – при приемането или по време на лечението или при дехоспитализацията;
- кръвно-газов анализ (КГА);
- назначената от лечебното заведение рентгенография трябва да се извърши в рамките на болничния престой;
- назначеният потен тест (в случай, че до хоспитализацията такъв не е бил провеждан) трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Тежестта на нарушенията в дихателната функция се обективизира с КГА и се проследява чрез пулсоксиметрия, които се отразяват в медицинската документация (ИЗ).

Всички медико – биологични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

За диагнозата **кистозна фиброза** основно значение имат:

- Повишените стойности на хлоридите в потта.
- Генетичното изследване
- Характерната клинична симптоматика
- Фамилната обремененост.

Генетичното изследване не се заплаща от НЗОК

2.1. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ СИМПТОМИ ОТ СТРАНА НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ

Основните диагностични задачи са:

- да се определи екзокринната панкреасна функция и малнутриция;
- да се потвърди или отхвърли остър или хроничен панкреатит;
- да се оценят промените в горния и долен ГИТ, вкл. фиброза колопатия;
- да се оценят промените в черния дроб и жлъчните пътища на базата на клинични, лабораторни, инструментални (ехография или други изобразителни изследвания; при необходимост и горна и долна ендоскопия, ЕРХП).

Инструментални изследвания

- Абдоминална ехография, обзорна рентгенография на корема, контрастна рентгенография на ГИТ, а при необходимост – КТ или МРТ, вкл. виртуална холангио- или холангио-панкреатография, ентоерография или ентоероклиза
- Горна и долна ГИ ендоскопия, ендоскопска ехография или ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография -ЕРХП.

Кръвни проби

- Пълна кръвна картина с ДКК, СУЕ, урина
- С-реактивен протеин, общ белтък, албумин, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, общ и директен билирубин, протромбиново време /INR, фибриноген, кр.захар, креатинин, урея, пикочна киселина, холестерол, ХДЛ и ЛДЛ холестерол, триглицериди, амилаза, липаза, сер.желязо, ЖСК, феритин, електролити – натрий, калий, хлор, бикарбонати, калций, фосфор, магнезий, ИгГ, ИгМ, ИгА и други – според съответните показания.

Допълнителни изследвания:

Оценка на екзокринната панкреасна недостатъчност и малнутриция:

- Клинични данни (анамнеза и физикален статус, антропометрични изследвания), образни изследвания, фекална еластаза 1 и други методи при необходимост;
- Ниво на мастноразтворими витамини А, Д, Е, К и ниво на В12 и фолиева киселина – при показания

Оценка ендокринната панкреатична недостатъчност:

- Орален глюкозотолерантен тест при пациенти над 10 години, при които не е диагностициран Захарен диабет;
- серумен инсулин, С-пептид, кръвно-захарен профил, HbA1c – по показания.

Лечение

- Заместващи панкреатични ензими с или без антисекретори (ИПП)
- Хиперкалорийни храни за орално и ентоерално приложение – по показания до корекция на малнутрицията
 - а) енергийни и витаминни перорални добавки
 - б) орални хранителни добавки и ентоерални хранения орално или през гастростома (при нужда)
- Хепатопротектори, холеретици - Урсодезоксихолева киселина / 15 мг/кг/дн – непрекъснато и други. При жлъчна инфекция се провежда лечение с антибиотици. В случаите с холелитиаза се обсъжда нуждата от холецистектомия, а при обструкция на жлъчните пътища – оперативен или ендоскопски дренаж.
- Корекция на хиперацидитет - Инхибитори на протонната помпа / 1-2 пъти стандартна доза дневно
- Мастноразтворими витамини – вит А, Д, Е, К и калций – стандартна дневна доза непрекъснато; фолиева к-на, витамин В12 – стандартна доза
- Антибиотици, пробиотици
- Ентоерално хранене – сондово и чрез стома
- Рехидратираща терапия с венозни водно-солеви р-ри, лечевни в-ва, хранителни субстанции
- Лечение на остър и хрониченпанкреатит –аналгетици, инхибитори на протонната помпа (ИПП), антибиотици, панкреасни ензими и други средства
- Лечение на дистален интестинален обструктивен синдром - При дистален интестинален обструктивен синдром (DIOS) се препоръчва прием на PEG 3350/4000, разтворен в 4 литра вода за 2 часа през устата, както и клизми с Gastrografin (максимум 480

ml) с физиологичен серум до 1 литър. При оптимално задържане клизмите имат добър ефект. Рядко се налага хирургична интервенция или поставяне на перкутанна ендоскопска гастро-/ентеростома.

Обект на гастроентерологията са пациенти, диагностицирани още в ранна детска възраст, новодиагностицирани пациенти с по-лека форма на заболяването, както и такива с атипични форми на кистозна фиброза.

Панкреасно засягане

Пациентите без изявена панкреасна екзокринна недостатъчност може периодично да имат епизоди на **остър панкреатит** или клинични белези на **хроничен панкреатит**. Поради това при коремната болка е необходимо изследване на амилаза (серум и урина) или липаза, С-реактивен протеин, хематологични показатели, АСТ, АЛТ, ГГТ, ЛДХ, глюкоза, абдоминална ехография, обзорна рентгенография на корема, а при необходимост – други лабораторни и изобразителни изследвания (КТ или МРТ, вкл. виртуална холангио-панкреатография, ендоскопска ехография или ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография -ЕРХП. Често епизодите на панкреатит се последват от намаляване на панкреасната екзокринна функция.

Панкреасна екзокринна недостатъчност се открива в 90% от болните с муковисцидоза. Проявява се в различни етапи от хода на заболяването поради редуцирана бикарбонатната секреция (хиперацититет, дезактивиране на ензимите); хиперконцентрация на панкреасния сок (преципитация на белтъци в каналчетата). Наблюдава се малабсорбция, съответно дефицит на мастноразтворими витамини и др. Задължителен етап в диагностиката и определяне на нуждите на пациента от заместителна терапия е провеждане на дихателни тестове, определяне на количество фекални масти или еластаза 1 и др.

Честотата на диабета (**ендокринна панкреасна недостатъчност**) при пациенти с муковисцидоза нараства значително с възрастта и се среща само при пациенти с екзокринна панкреасна недостатъчност. Като причини за това се сочат нарушаването на архитектурата на островните клетки, фиброзата и мастната инфилтрация на панкреаса. ОГТТ е приет за основен метод за диагностика на диабет при пациенти с муковисцидоза. Допълнително е необходимо изследване на гликирания хемоглобин (HbA1c), кръвно-захарен профил, изследване на серумния инсулин и С-пептид.

Интестинална обструкция

Мекониум илеус се среща при около 15% от новородените с кистозна фиброза, най-често - при болните с панкреасна недостатъчност. При подрастващи и възрастни пациенти се развива частична подостра обструкция (**дистален интестинален обструктивен синдром – DIOS**, или „мекониум илеус еквивалент“). Клинично се изявява с тежка констипация и коремна болка. Червото е изпълнено с твърди фекални маси, които лесно се палпират в дясната или лява коремна половина. Обзорната рентгенография на корема установява дилатирани тънкочревни бримки, хидро-аерични сенки и дилатиран колон, изпълнен с фекални материји. Състоянието може да се усложни с перфорация и перитонит. КТ на корема е полезен в диференциалната диагноза.

Гастроезофагеалната рефлуксна болест (ГЕРБ) се среща значително често при пациенти с муковисцидоза, поради стомашния хиперацититет.

Жлъчно-чернодробно засягане

Около 30% до 60% от пациентите с муковисцидоза развиват чернодробна **стеатоза**, фокална или мултинодуларна **билиарна цироза**, с или без съответните усложнения. **Холелитиаза и холецистит** са срещат много често при болните с кистозна фиброза. При всички пациенти се препоръчва да бъдат извършени следните изследвания: чернодробни ензими (АСТ, АЛТ, ГГТ, АФ), билирубин, общ белтък, албумин, протромбиново време (INR), хематологични показатели с ДКК, глюкоза; абдоминална ехография с Доплер, а при показания и ендоскопска (ЕРХП) или МР-(МРХП) холангио- или холангиопанкреатография, както и ФГС за диагноза и контрол на езофагеални варици.

Лечение

1.Корекция на малдигестия и малабсорбция - хранене, заместителна и поддържаща терапия

1.1.Висококалорийна диета

Загубата на телесна маса и поднорменото тегло са често срещани при пациентите с муковисцидоза и затова оценката на хранителния статус е неделима част от прегледите и всяка хоспитализация. Препоръчва се обща висококалорийна диета със заместване на съответните дефицити. Особено подходящи са висококалорийните храни и протеинови разтвори (напитки). При всеки пациент трябва да се определят индивидуалните енергийни нужди, вносът на протеини и калории, както и да бъдат извършени някои специфичните лабораторни изследвания (серумни нива на витамини, албумин, серумна холинестераза, микроелементи и др.). При болните с ИТМ под 19 или тези с напреднало заболяване се предпочита ентерално хранене. След тежки операции или предстояща белодробна трансплантация за кратко време се препоръчва тотално парентерално хранене. Телесното тегло на пациентите се следи на всеки 2-3 дни.

При наличие на диабет не се ограничава калорийния внос. Пациентите се повлияват добре от богатата въглехидратна диета.

1.2.Панкреасна заместителна терапия

Ензимните препарати, използвани за корекция на панкреасните ензими се приемат в началото на всяко хранене. Те се дозират индивидуално с оглед достигане и поддържане на оптимално тегло, адекватен чревен мотилитет и предпазване от тежка констипацията. Обективен метод за оценка ефективността на ензимната заместителна терапия е изследването на фецес за неутрални масти или еластаза¹.

1.3.Витамини

За пациенти с муковисцидоза се препоръчва заместителна терапия с мастно разтворими витамини. Провежда се орално или мускулно. Препоръчителните дози при панкреасна екзокринна недостатъчност са представени в Таблица 1. Оралният прием на калций трябва да надвишава 1.5 g / дневно. Заместителна терапия с калциеви препарати се провежда обикновено в доза от 1000-15000 mg/дневно. Препоръчителна е и профилактика на остеопорозата. При нормален прием на храна (пълноценно хранене) не е необходимо заместване с водно-разтворими витамини, освен в случаите с ограничен внос на храна или след резекция на илеума. Витамин В 12 може да бъде приложен при доказване на дефицит в доза

Таблица №1: Препоръчителна заместителна терапия с мастноразтворими витамини и калций при болни с муковисцидоза и панкреасна екзокринна недостатъчност

Заместителна терапия	Доза
----------------------	------

Витамин А	40 000-100 000 IU / дневно
Витамин Е	100- 400 mg / дневно
Витамин D	400-800 IU / дневно
Витамин К*	1 mg/ дневно до 10 mg/ седмично

* холестаза, екзокринна панкреасна недостатъчност

2.Остър и хроничен панкреатит

Провежда се съответно стандартно лечение с аналгетици, инхибитори на протонната помпа (ИПП), антибиотици, панкреасни ензими и други (виж. панкреатити).

3.Корекция на хиперацидитета

Препоръчва се при симптоми на ГЕРБ, както и при болните с екзокринна панкреасна недостатъчност, поради инактивиране на екзогенните ензимни препарати от подкиселяването на дуоденалното съдържимо. Прилагат се ИПП в стандартни дози, приети до половин час преди хранене.

4.Корекция на нарушеното изпразване на стомаха и чревния мотилитет

При болните с кистозна фиброза, нарушения в гастроинтестиналния мотилитет се наблюдават най-често в случаите на неадекватното ензимно заместване, некоригиран хиперацидитет или диабет. При дистален интестинален обструктивен синдром (DIOS) се препоръчва прием на PEG 3350/4000, разтворен в 4 литра вода за 2 часа през устата, както и клизми с Gastrografin (максимум 480 ml) с физиологичен серум до 1 литър. При оптимално задържане клизмите имат добър ефект. Рядко се налага хирургична интервенция или поставяне на перкутанна ендоскопска гастро-/ентеростома.

5.Лечение на диабет

Лечението на диабета, оценката на ефективността на лечението и профилактика на усложненията се провеждат по общите правила, но без редукция на калорийния внос. При нужда е показано заместително инсулиново лечение.

6. Лечение на жлъчно-чернодробните заболявания

За профилактика и лечение на интрахепатална холестаза, лечение на чернодробна стеатоза и някои форми на холелитиаза, е показано приложението на урзодезокси холева киселина (УДХК) в стандартни дози – 15 mg/kg телло.

При жлъчна инфекция се провежда лечение с антибиотици. В случаите с холелитиаза се обсъжда нуждата от холецистектомия, а при обструкция на жлъчните пътища – оперативен или ендоскопски дренаж.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

2.2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗА С ДОМИНИРАЩИ БЕЛОДРОБНИ ПРОЯВИ

За ЗОЛ, на които са предписани и отпуснати лекарствените продукти с международни непатентни наименования Tobramycin, Multienzimes, Dornaase alfa, Caphtor, Ivacaphtor, Colistimethate sodium/Levofloxacin за домашно лечение на Муковисцидоза (код на болест по МКБ-10 – E84.0 - E 84.1) и други, заплащани от НЗОК по тези кодове, се допуска посочените лекарствени продукти да се използват за провеждане на лечение в болнични условия по време на хоспитализацията на лицата.

2.2.1. ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА МУКОВИСЦИДОЗА С ДОМИНИРАЩИ БЕЛОДРОБНИ ПРОЯВИ ПРИ ЛИЦА ДО 18 Г.

2.2.1.1. Кислородолечение при остра или обострена хронична дихателна недостатъчност. То е непрекъснато, дозирано и контролирано. Контролиране с периодична или мониторирана пулсоксиметрия, отразено в медицинската документация. Контролен КГА до 60 мин след започването ѝ и контролиране според клиничното състояние в следващите дни за документиране промените.

2.2.1.2. Антибактериална терапия при екзацербация – стратегия :

2.2.1.2.1.Стартира след вземане на материал за микробиологично изследване (спонтанна или индуцирана храчка; дълбок гърлен секрет или промивни стомашни води за кърмачета и малки деца, бронхо-алвеоларен лаваж)

2.2.1.2.2.Изборът на антибактериална терапия е според резултатите от последната налична антибиограма; възможна е промяна в хода на лечението съобразно с новополучените микробиологични резултати

2.2.1.2.3. Лечебен курс - минимум 10 дни, препоръчително 14 дни; с възможните максимални дневни дози на антибактериалните лекарствени средства.

2.2.1.2.4. Препоръчва се комбинирана I.V. антибактериална терапия.

2.2.1.2.5.При лечение с аминогликозиди се препоръчва еднократен дневен прием.

2.2.1.2.6. Дневни дози на антибактериалните лекарствени средства:

Amikacin 15 mg/kg ; max- 1,5 g

Tobramycin 3-5mg/kg

Amoxicillin+clav.acid 200mg/kg ; max 12,0g

Ceftazidime 150-200mg/kg max 12,0 g

Piperacillin + Tazobactam 300mg/kg max 12,0g

Imipenem 60-100mg/kg max 4,0g

Meropenem 120mg/kg max 6,0g

Aztreonam 150mg/kg max 12,0 g

Vancomycin 15-40mg/kg max 2,0 g

Teicoplanin начална: 3x10 мг/кг за 36 часа, поддържаща 6-10 мг/кг/дневно

При наличие на показания могат да бъдат използвани и хинолонови препарати като:

Ciprofloxacin

Levofloxacin

или Linezolid

2.2.1.2.7.Начална емпирична антибактериална терапия при липса на изолиран причинител:

Режим 1 :

Цефалоспорин 3 или 4 генерация

Ceftazidime + Amikacin

Cefipime+Amikacin

Piperacillin/Tazobactam

Режим 2:

Meropenem (Imipenem)

Meropenem (Imipenem) + Amikacin

Продължаване / започване на инхалаторно лечение с Tobramycin

Meropenem (Imipenem) + Ceftazidime

Meropenem (Imipenem) + Aztreonam

Piperacillin/Tazobactam + Amikacin

2.2.1.3. Други медикаменти :

2.2.1.3.1. Кортикостероиди: орални или парентерални в доза 1-2 мг/кг/24 часа на два приема – при преценка за необходимост ; при бронхо-пулмонална аспергилоза

2.2.1.3.2. Инхалаторни бронходилататори (β миметици): Ventolin 0.5% в доза 0.2 мл/кг през 4 или 6 часови интервали

2.2.1.3.3 Инхалаторни секретолитици: Инхалации с rhDNase (при деца над 5 годишна възраст) 1-2 пъти дневно. 30 мин. след небулизацията се препоръчва физиотерапия или инхалации с хипертоничен разтвор на NaCl 3-4 инхалации дневно.

2.2.1.3.4 Перорални секретолитици: N-acetylcystein, Carbocystein

2.2.1.3.5 Корекция на електролитните нарушения /хипонатриемия, хипокалемия/, както и на нарушенията в киселинно-алкалното равновесие.

2.2.1.3.6 При необходимост корекция на хипопротеинемията, анемията

2.2.1.4. Физиотерапия :

При екзацербация се препоръчват два сеанса дневно.

Дихателна гимнастика, постурален дренаж и перкусия/вибрация

2.2.1.5. Продължаване на постоянната субституираща терапия с панкреасни ензими

2.2.2. ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА МУКОВИСЦИДОЗА С ДОМИНИРАЩИ БЕЛОДРОБНИ ПРОЯВИ ПРИ ЛИЦА НАД 18г.

2.2.2.1. Антибактериална терапия при екзацербация – стратегия :

2.2.2.1.1.Стартира след вземане на материал за микробиологично изследване (спонтанна или индуцирана хрчка; БАЛ)

2.2.2.1.2.Изборът на антибактериална терапия е според резултатите от последната налична антибиограма; възможна е промяна в хода на лечението съобразно с новополучените микробиологични резултати

2.2.2.1.3. Лечебен курс - , минимум 10 дни, препоръчително 14 дни; с възможните максимални дневни дози на антибактериалните лекарствени средства.

2.2.2.1.4. Препоръчва се комбинирана I.V. антибактериална терапия.

2.2.2.1.5.При лечение с аминогликозиди се препоръчва еднократен дневен прием.

2.2.2.1.6. Дневни дози на антибактериалните лекарствени средства:

Amikacin 20mg/kg ; max- 1,5 g

Tobramycin 8-10mg/kg

Amoxicillin+clav.acid 200mg/kg ; max 12,0g

Ceftazidime 150-200mg/kg max 12,0 g

Piperacillin + Tazobactam 300mg/kg max 12,0g

Imipenem 100mg/kg max 4,0g

Meropenem 120mg/kg max 6,0g

Ciprofloxacin 30mg/kg max 1,2g(p.o. прием до 1,5-2,0 g)

Levofloxacin 750mg – 1000mg/дневно

Aztreonam 150mg/kg max 12,0 g

Colistin 0,1-0,15 мил.ед. /kg

Vancomycin 40mg/kg max 2,0 g

Teicoplanin 20mg/kg

Linezolid 1200mg/дневно

2.2.2.1.7.Начална емпирична антибактериална терапия при липса на изолиран причинител:

Режим 1 :

Ceftazidime + Amikacin

Ceftazidime + Ciprofloxacin

Cefipime+Amikacin

Piperacillin/Tazobactam + Amikacin

Режим 2:

Meropenem / Imipenem + Amikacin

Meropenem / Imipenem + Ciprofloxacin

или

Meropenem / Imipenem + Ceftazidime
Meropenem / Imipenem + Aztreonam

При изолиран причинител – съобразно изследването за чувствителност
Продължаване / започване на инхалаторно лечение с Tobramycin

2.2.2.2. Други медикаменти :

2.2.2.2.1. Кортикостероиди орални или парентерални –при липса на подобрение след оптимална 10 дневна антибактериална терапия; при бронхо-пулмонална аспергилоза

2.2.2.2.2. Инхалаторни бронходилататори (β миметици), подходящи при стартиране на физиотерапия

2.2.2.2.3. Секретолитици: rhDNase инхалации 1-2 пъти дневно. 30мин. след небулизацията се препоръчва физиотерапия

2.2.2.2.4. При чести тежки екзацербации (имунокомпрометирани болни) може да се обсъди терапия с Immunovenin 200-400mg/kg.

2.2.2.3. Физиотерапия :

При екзацербация се препоръчват два сеанса дневно.

Постурален дренаж и перкусия/ вибрация

2.2.2.4. Продължаване на постоянната субституираща терапия с панкреасни ензими

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Критерии за окончателната диагноза:

1. Наличието на резултати от двукратно проведен потен тест със стойности над 60 mEq/l
2. Положителен резултат от генетичното изследване
3. Потен тест в стойности над 30 mEq/l и доказана една мутация в CFTR гена
4. Еднократно положителен потен тест (> 60 mEq/l) + наличие на клинична симптоматика и/или фамилна обремененост

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и уточнена окончателна диагноза, както и:

1. При муковисцидоза с белодробни прояви:

1.1. подобрение или клинично овладяване на острата или обострената хронична дихателна недостатъчност, позволяващи спиране на кислородолечението; или при задържане на необходимостта от продължаване на кислородолечението при осигурена възможност за провеждане на продължително кислородолечение в дома;

1.2. намаляване или преминаване на симптомите и белезите на остра екзацербация;

1.3. възможно провеждане на лечение в амбулаторни условия;

1.4. обучение на болния за правилна употреба на предписаните лекарствени средства;

1.5. подобряване при възможност и състоянието на дихателната система на параметрите на КГА и ФИД до оптималните стойности за конкретния случай;

1.6. възможност болният да се обслужва сам или с помощта на близките.

2. При муковисцидоза с гастроинтестинални прояви:

2.1. осигуряване на коректно лечение на усложненията на муковисцидозата съгласно алгоритъма;

2.2. проведено адекватно лечение с овладяване на основните субективни оплаквания;

2.3. корекция на патологично променени показатели;

2.4. болният може да се обслужва сам или с помощта на близките;

2.5. при изписване на пациента задължително се извършва ФИД (за лица над 6-годишна възраст);

2.6. отзвучаване симптомите и белезите на остра екзацербация.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека са включени два контролни прегледа в рамките на един месец след изписването, задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ „ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вие имате право да бъдете подробно информиран за заболяването си и неговата фаза.

Вие ще бъдете информиран за всички необходими изследвания, уточняващи Вашата точна диагноза, за рисковете, които те крият и начина по който се извършват.

Вие трябва да бъдете подробно запознат с начините на лечение на заболяването Ви, както и за всички възможни вредни последици от прилагането на медикаментозно лечение.

Всички изброени по-горе разяснения нямат за цел да Ви обезпокоят. Те целят Вашата пълна информираност, за да можете да вземете решение дали да приемете предложените диагностични и лечебни методи. Правата на пациентите в Република България съгласно действащото в страната законодателство Ви гарантират следните възможности:

- Право на достъп до медицинска помощ.
- Пълна информация.
- Право на съгласие\право на самоопределяне, право на автономия.
- Право на тайна, и др.

Вие сте с кистозна фиброза.

Ще Ви бъдат извършени различни изследвания, включително и функционално изследване на дишането, кръвно – газов анализ, биохимично изследване на кръв, микробиологични, рентгенови, както и всички други изследвания, при необходимост.

Лечението ще включва: кортикостероиди, антибиотици, кислородолечение, както и други терапевтични средства, за които ще бъдете информирани и ще бъде взето Вашето съгласие да бъдат извършени.

Молим Ви да прочетете внимателно написания по-долу текст и при съгласие да подпишете.

Д-р....., като мой лекуващ лекар и екипът на съответното звено да поемат грижите и лечението на моето заболяване, обяснено ми като.....

Беше ми обяснено, че в диагностичното уточняване и лечение на моето заболяване са предвидени следните процедури

.....
..... Приемам ги и потвърждавам писмено това.

Уведомен/а съм, че в хода на диагностично-лечебния процес моя лекуващ лекар може да открие други, различни от заболяването ми нарушения в здравето. Ако последните изискват други, различни от планираните методи, то аз упълномощавам моя лекуващ лекар и екипа, в който работи да ги извършат.

Съгласен/а съм (не съм съгласен/а) да бъдат използвани кръв и кръвни продукти в моето лечение.

Наясно съм, че не мога да получа пълни гаранции за резултата от лечението.

Наясно съм, че при неприлагане на необходимото лечение съществуват сериозни рискове за моето здраве.

Обяснено ми е, че съществува вероятност при диагностично-терапевтичните процедури да се получат усложнения.

Съгласен съм да бъдат извършени всички необходими изследвания и процедури за установяване на причините при евентуален неблагоприятен изход от заболяването.

Обяснено ми е, че в хода на диагностичния процес може да се наложи извършване на фибробронхоскопия с цел диагноза и лечение – добиване на секрети за микробиологична диагноза, отстраняване на гнойни секрети и колекции.

Обяснена ми е необходимостта да се провежда при необходимост продължително антибиотично лечение, въведено по венозен път.

Предоставена ми беше възможност да задавам въпроси относно рисковете и опасностите, свързани с процедурите (диагностични и лечебни), които ще ми бъдат прилагани. Считаю, че съм получил достатъчно информация, за да дам съгласие за използването им.

Декларирам, че настоящия формуляр ми бе разяснен, прочел съм го и съм наясно със съдържанието му.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип.

Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

Както вече Ви е известно, Вие страдате от хронична обструктивна белодробна болест. Това е заболяване на дихателните пътища и белите дробове, като основно оплакване е затруднението в дишането. Това е хронично заболяване, което може да прогресира и да наложи приемането Ви по спешност в болница за лечение. Това е необходимо, защото с провежданото в домашни условия лечение не винаги може да се постигне желаният резултат.

Вашият лекар е преценил, че за по-нататъшното Ви лечение е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на белия Ви дроб.

През времетраенето на периода на лечение Вие ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметете за важни.

Вашият престой в клиниката ще продължи до стабилизиране на състоянието Ви. Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани преди съгласието Ви да бъдат извършени.

Вашето лечение ще включва лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), а ако се прецени за необходимо - антибиотик, кислород и др., за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалации, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат ежедневно да посещават клиниката, но е желателно посещенията при Вас да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващия Ви екип.

Ние ще следим Вашето здравословно състояние в продължение на целия престой от деня, в който Ви приемем в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след Вашето постъпване в болницата?

Лекуващият Ви лекар ще Ви прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването Ви в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка ще Ви бъде назначено лечение със: средства, които разширяват бронхите, кислород, противовъзпалителни препарати, както и други медикаменти според състоянието Ви. Ако състоянието Ви не се подобри, влошавате се или изпитвате дихателна умора, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛИТЕ НА ДЕТЕ С ВРОДЕНО ЗАБОЛЯВАНЕ НА БРОНХО-БЕЛОДРОБНАТА СИСТЕМА (МУКОВИСЦИДОЗА)

Уважаеми родители,

Вашето дете е с вродено заболяване на бронхобелодробната система.

Вашият лекар е преценил, че за подобряване състоянието и изследване на Вашето дете, е необходимо приемането му в болница. Престоят на детето Ви ще продължи до стабилизиране на неговото състояние. Ще му бъдат извършени различни изследвания, включително функционално изследване на дишането (ФИД), кръвно-газов анализ, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белите дробове, както и други изследвания (при необходимост).

Лечението ще включва лекарства, които ще разширяват дихателните пътища, кортикостероиди, антибиотично лечение, кислородолечение и други терапевтични средства, за които ще бъдете предварително информирани и ще бъде взето съгласието Ви да бъдат извършени.

Детето може да се посещава само от двамата родители, които имат право на цялата информация за здравното му състояние. При развод, сведения получава само родителят, който юридически има права за грижи над детето. При наличие на дете, чийто родители нямат сключен брак, правата върху детето се установяват с едновременно писмено съгласие и данни за самоличност на двамата родители, отразено в история на заболяването.

Вие ежедневно можете да посещавате детето си в определено от лекуващия лекар време.

Сведение за състоянието на Вашето дете можете да получавате само от лекуващия го лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на Вашето дете в продължение на целия престой - от деня на приемане до деня на изписване. След подобряване състоянието на детето Ви, ще може да бъде изписано или Вие сами можете да решите да се откажете от болнично лечение на Вашето дете, когато пожелаете.

Ако по време на лечението на Вашето дете, пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното здравословно състояние на Вашето дете.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата на Вашето дете като пациент, или ако смятате, че Вашето дете е получило увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към лекаря на Вашето дете или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение на Вашето дете, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за здравето на Вашето дете.

Кистозната фиброза е известна още като муковисцидоза.

Муковисцидозата е мултисистемно обменно заболяване с автозомно-рецесивен път на унаследяване. Засяга екзокринните жлези. Проявите на болестта могат да се наблюдават и в редица други органи и системи. Най-сериозни са пораженията в:

Дихателната и храносмилателната система.

Хронични бронхопулмонални възпаления с нарушен мукоцилярен клирънс.

Панкреатична екзокринна инсуфициенция.

Причината за възникването на кистозна фиброза е специфична.

Муковисцидозата е наследствено генетично заболяване. То се проявява, когато човек унаследи от клинично здравите си родители 2 мутации (по една от всеки) в CFTR („муковисцидозния“) ген. Рискът за повторение на заболяването в поколението при следваща бременност е закономерно много висок – 25%. Доказването на мутациите при пациента и родителите дава възможност за оценка на риска в конкретното семейство и при близки родственици. Това е единствената възможност за извършване на дородова (пренатална) диагностика след 11 седмица на бременността или преди ин витро при

следваща бременност при рисковите семейства. На всички семейства с поставена диагноза муковисцидоза, след положителен потен тест, се предлага генетична консултация и доказване на мутациите. Не доказването на двете мутации (в 10% от семействата) не отхвърля диагнозата муковисцидоза след положителен резултат от проведен диагностичен потен тест.

Честотата на заболяването е 1: 3300 новородени, а на носителите 1:30.

Генът, отговорен за Муковисцидозата е разположен върху дългото рамо на хромозома 7(промоном 7q31.2)и е изграден от 230 килобазални двойки, 27 ексона, описващи се в 6 500 бази. Известен е под наименованието Cystic Fibrosis Transmembrane Conduktor Regulator(CFTR).Отговорен е за синтезата на патологично кодиран трансмембранен регулаторен белтък, наречен CFTR-протеин. Веригата му се състои от 1480 аминокиселини с молекулно тегло от 140 до 170kDa. Съдържа 5 домена: два сегмента, които обхващат мембраната на епителните клетки (TM1,TM2), две цитозолни нуклеотидни връзки (NBF1,NBF2)и един регулатотен R-домен. Протеинът е сигнално управляем 6-8pS хлориден канал с линейна характеристика на тока и напрежението. Участва в регулацията на епителния йонен транспорт и в общите процеси на клетката, като енергиен обмен и апоптоза е локализиран предимно в апикалната мембрана на секреторните епителни клетки.

CFTR-генът е с голяма вариабилност. По настоящем са известни над 1000 мутации, благодарение на, които се наблюдават многообразните патологоанатомични и функционални изменения в екзокринните жлези, белите дробове, черния дроб, гастроинтестиналния тракт.

Рискът да се роди болно дете при хетерозиготни родители е 25%. За здраво дете рискът е 50%, а за хетерозиготно дете е 25%.

Клиничната картина при кистозна фиброза е различна при различните възрастови групи.

1) При раждането:

Пролонгиран иктер.
Мекониум перитонит.
Мекониум илеус.

2) През първата година от живота:

Фамилна анамнеза за смърт в ранна детска възраст или за живи деца с подобни симптоми.

Хипопротеинемия-едем.
Хронична хипоелектролитемия, поради малабсорционния синдром.
Топлинна прострация и дехидратация в горещо време.
Наподобяващ този при асцит;балониран корем,ректален пролапс.
Гастроезофагиален рефлукс(ГЕР).
Чести дефекации над 4 пъти изхождания за денонощие.
Зловонно миришещ неоформен фецес.
Хронична диария.
Ненаддаване на тегло.
Периорална цианоза;персистираща упорита кашлица и"свиркане на гърдите".
Рецидивираща или хронична пневмония.

3) В предучилищна възраст:

Хепатомегалия и необияснимо чернодробно заболяване; хипоелектролитемия и метаболитна алкалоза.

Хипотонична дехидратация.
"Кристалчета сол по кожата".
Невинаги е налице периорална цианоза.
"Барабанни палки и нокти тип часовниково стъкло".
Инвагинация.
Обилна и честа дефекация със зловонна миризма.
Тежест в епигаструма, придружена с флатуленция поради малдигесцията.
Абдоминална болка, често наподобяваща болката при остър хирургичен корем.
Тенезми.
Ректален пролапс.
Бавно наддаване на ръст и тегло.

Хронична бронхиална обструкция.

Персистираща кашлица, най-често с продуктивна експекторация.

4) В училищна възраст:

Захарен диабет с респираторни симптоми.

Ректален пролапс.

Панкреатит.

Дистален интестинален обструктивен синдром (DIOS) –ГЕР.

Хронична диария.

"Барабанни палки" и нокти тип часовниково стъкло.

Бронхиектазии.

Рецедивиращи пневмонии.

Хроничен синусит-засегнати са най-често махиларните синуси.

Назална полипоза.

Псеовдомонас аеругиноза в хрчка.

Хронична необяснима респираторна симптоматика.

5) В млада и зряла възраст:

Намалена фертилност у жените.

Стерилитет у мъжете с азоспермия.

Астеничен хабитус и забавяне в сексуалното развитие.

Чернодробна цироза с портална хипертония.

Захарен диабет, придружен с белодробни оплаквания.

Панкреатити.

"Барабанни палки".

Хронично белодробно заболяване.

За диагнозата кистозна фиброза основно значение имат:

- Повишени стойности на хлоридите в потта.
- Клинична симптоматика от страна на белите дробове.
- Клинична симптоматика от страна на гастроинтестиналния тракт, панкреаса и черния дроб.
- Фамилна обремененост.

При наличието на няколко от клиничните признаци, особено при комбинацията им от гастроинтестиналния тракт и белите дробове, задължително се прави потен тест.

Положителният потен тест е сигурен метод за доказване на муковисцидоза.

Лечението на заболяването не е лесна задача. За ефикасно повлияване клиниката на заболяването, за достигане на по-дълготрайна ремисия и по-добро качество на живот е необходима комплексна, дълготрайна и ефикасна терапия, която да атакува едновременно по-голямата част от симптомите особено тези, които са с разрушителен ефект.

**КП № 113.1 ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ
НА СВЕТОВЪРТЕЖ, РАЗСТРОЙСТВА В РАВНОВЕСИЕТО
ОТ ПЕРИФЕРЕН И ЦЕНТРАЛЕН ТИП**

Минимален болничен престой 48 часа

**КП № 113.2 ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ
НА СВЕТОВЪРТЕЖ, РАЗСТРОЙСТВА В РАВНОВЕСИЕТО ОТ
ПЕРИФЕРЕН И ЦЕНТРАЛЕН ТИП**

Минимален болничен престой 4 дни

За КП №113.1- диагностична

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразувание на носоглътката (назофарингс)

C11.0 Горна стена на назофаринкса
Свод на назофаринкса

Злокачествено новообразувание на окото и неговите придатъци

C69.6 Орбита
Съединителна тъкан на орбитата
Екстраокуларен мускул
Периферни нерви на орбитата
Ретробулбарна тъкан
Ретроокуларна тъкан
Не включва: орбитална кост (C41.0)

Злокачествено новообразувание на мозъчните обвивки (менинги)

C70.0 Церебрални менинги

Злокачествено новообразувание на главния мозък

Не включва: черепномозъчни нерви (C72.2—C72.5)
ретробулбарна тъкан (C69.6)

C71.0 Главен мозък, с изключение на дяловете (лобове) и стомахчетата (вентрикули)
Мазолесто тяло (Corpus callosum)
Надмозъчна обвивка (супратенториум) БДУ

C71.1 Фронтален лоб

C71.2 Темпорален лоб

C71.3 Паритален лоб

C71.4 Окципитален лоб

C71.5 Мозъчно стомахче

Не включва: четвъртия вентрикул (C71.7)

C71.6 Малък мозък

C71.7 Мозъчен ствол

Четвърти вентрикул
Подмозъчна обвивка (инфратенториум) БДУ

C71.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на главния мозък

C75.1 Хипофиза

C75.2 Краниофарингеален канал

C75.3 Епифизна (пинеална) жлеза

Вторично злокачествено новообразувание с други локализации

C79.3 Вторично злокачествено новообразувание на главния мозък и мозъчните обвивки

Доброкачествено новообразувание на мозъчните обвивки (менингите)

D32.0 Обвивки на главния мозък

Доброкачествено новообразувание на главния мозък и други части на централната

нервна система

Не включва: ангиом (D18.0)
менинги (D32.—)
периферни нерви и вегетативна нервна система (D36.1)
ретроокуларна тъкан (D31.6)

D33.0 Главен мозък, супратенториум

Мозъчно стомахче

Церебрум

Фронтален

Окципитален

Париетален

Темпорален

} лоб

Не включва: четвърто стомахче (D33.1)

D33.1 Главен мозък, инфратенториум

Мозъчен ствол

Малък мозък

Четвърто стомахче

Доброкачествено новообразувание на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.2 Хипофиза

D35.3 Краниофарингеален канал

D35.4 Епифизна (пинеална) жлеза

Новообразувание с неопределен или неизвестен характер на мозъчните обвивки

D42.0 Менинги на главния мозък

Новообразувание с неопределен или неизвестен характер на главния мозък и централната нервна система

Не включва: периферни нерви и вегетативна нервна система (D48.2)

D43.0 Главен мозък, супратенториум

Мозъчно стомахче

Церебрум

Фронтален

Окципитален

Париетален

Темпорален

} лоб

Не включва: четвърто стомахче (D43.1)

D43.1 Главен мозък, инфратенториум

Мозъчен ствол

Малък мозък

Четвърто стомахче

Новообразувание с неопределен или неизвестен характер на ендокринните жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D37.7)
яйчник (D39.1)
тестис (D40.1)
тимус (D38.4)

D44.3 Хипофиза

D44.4 Краниофарингеален канал

D44.5 Епифизна (пинеална) жлеза

Субарахноидален кръвоизлив

Включва: руптура на мозъчна аневризма

Не включва: последици от субарахноидален кръвоизлив (I69.0)

I60.0 Субарахноидален кръвоизлив от сифона и бифуркацията на каротидната артерия

I60.1 Субарахноидален кръвоизлив от средната мозъчна артерия

I60.2 Субарахноидален кръвоизлив от предната свързваща артерия

I60.3 Субарахноидален кръвоизлив от задната свързваща артерия

- | | |
|-------|--|
| I60.4 | Субарахноидален кръвоизлив от базилярната артерия |
| I60.5 | Субарахноидален кръвоизлив от вертебралната артерия |
| I60.6 | Субарахноидален кръвоизлив от други интракраниални артерии
Множествено засягане на интракраниални артерии |
| I60.7 | Субарахноидален кръвоизлив от интракраниална артерия, неуточнен
Руптура на (вродена) гроздовидна аневризма БДУ
Субарахноидален кръвоизлив от: <ul style="list-style-type: none"> • мозъчна • свързваща артерия БДУ |
| I60.8 | Друг субарахноидален кръвоизлив
Менингеален кръвоизлив
Руптура на мозъчен артериовенозен дефект |

За КП № 113.2: КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Наследствена атаксия

Не включва: наследствена и идиопатична невропатия (G60.—)
детска церебрална парализа (G80.—)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)

G11.0 Вродена непрогресираща атаксия

G11.1 Ранна малкомозъчна атаксия

Забележка: Започва обикновено преди 20-годишна възраст.

Ранна малкомозъчна атаксия с:

- есенциален тремор
- миоклонии [атаксия на Hunt]
- запазени сухожилни рефлексии

Атаксия на Friedreich (автозомно-рецесивна)

Х-свързана рецесивна спиноцеребеларна атаксия

G11.2 Късна малкомозъчна атаксия

Забележка: Започва обикновено след 20-годишна възраст.

G11.3 Малкомозъчна атаксия с нарушение във възстановяването на ДНК

Атаксия — телеангиектазия [синдром на Louis-Bar]

Не включва: синдром на Cockayne (Q87.1)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

G11.4 Наследствена спастична параплегия

G11.8 Друга наследствена атаксия

Нарушение на вестибуларната функция

Не включва: световъртеж:

- БДУ (R42)
- епидемичен (A88.0)

H81.0 Болест на Meniere

Ендолимфатичен хидропс

Синдром, или вертиго, на Meniere

H81.1 Доброкачествен пароксизмален световъртеж

H81.2 Вестибуларен невронит

H81.3 Други периферни световъртежи

Синдром на Lermoyez

Световъртеж:

- отогенен
- слухов
- периферен БДУ

H81.4 Световъртеж от централен произход

Централен позиционен нистагъм

H81.8 Други нарушения на вестибуларната функция

H81.9 Нарушение на вестибуларната функция, неуточнено

Синдром на световъртеж БДУ

Други болести на вътрешното ухо

H83.0 Лабиринтит

H83.1 Лабиринтна фистула

H83.2	Лабиринтна дисфункция	}	на лабиринта
	Повишена чувствителност		
	Хипофункция		
	Загуба на функции		

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1952 Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

1955 Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]

56016-00 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, едностранно

56016-01 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-02 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно

56016-03 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-04 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно

56016-05 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно

56016-06 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно

56016-07 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно

1968 Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:

- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

Ехография

Ултрасонография

1940 Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

<p><i>Не включва:</i> фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])</p>	
55032-00	Ултразвук на шия
<p><i>Не включва:</i> дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])</p>	
2015 Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък
<p><i>Не включва:</i> функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])</p>	
1825 Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
1820 Физиологична оценка	
<p><i>Забележка:</i> Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове</p>	
<p><i>Не включва:</i> такава, които са част от:</p> <ul style="list-style-type: none"> • оценка на стареене (96023-00 [1824]) • тестване на развитие (96184-00 [1824]) • генетична оценка (96035-00 [1824]) • психическа или поведенческа оценка (96175-00 [1823]) 	
96008-00	Неврологична оценка
96009-00	Слухово функционална оценка
<p><i>Не включва:</i> такава за определяне нужда от устройство, подпомагащо слуха (96024-00 [1822])</p>	
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1826 Невромускулна електродиагностика	
<p>ЕМГ [електромиография]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди <p>Изследване на невроромускулна проводимост</p>	
11012-00	Електромиография (ЕМГ)
<p><i>Не включва:</i> мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])</p>	
1845 Тестове на вестибуларна функция	
11339-00	Електронистагмография
96064-00	Други тестове на вестибуларна функция
96063-00	Оценка на вестибуларна функция чрез въртящ се стол
<p><i>Включва:</i> фиксирано подтискане обикновено хармонично усилване</p>	

спонтанен нистагъм
трапецоиди

1836 Тестове за слухова функция

Аудиометрия на чист тон

11312-00 Аудиометрия на въздушна и костна проводимост, стандартна техника

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

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])

Изискване: Изискване: КП № 113 се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури (от които задължително 56001-00, 56007-00, 56016-00 или 56016-01 или 56016-02 или 56016-03 или 56016-04 или 56016-05 или 56016-06 или 56016-07 или 55028-00, 55032-00) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**, насочени към основната диагноза.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване на пациент по КП 113.1, с изпълнени условия по АПр № 99, за насочване за спешно хирургично лечение на тумор в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

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.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика”.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;

- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

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

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II ниво на компетентност съгласно медицински стандарт по „Ушно-носно-гърлени болести“, и минимум II ниво на компетентност съгласно медицински стандарт по „Нервни болести“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

1. 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 УНГ или отоневрология или Клиника/отделение по неврология
2. Клинична лаборатория*
3. Кабинет (апарат) за доплер сонография
4. Аудиологичен кабинет – за структури по УНГ II ниво съгласно изискванията на стандарт "УНГ болести"
5. Образна диагностика (рентгенов апарат) – за структури по УНГ II ниво съгласно изискванията на стандарт "УНГ болести"
6. ОАИЛ/КАИЛ (за лица под 18 години)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести/ УНГ болести.

2. 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. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
2. Рентгенов апарат за скопия и графия – за структури по нервни болести II ниво съгласно изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“
3. Отделение (лаборатория) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари със специалност по нервни болести
или
двама лекари със специалност по "УНГ болести"
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика за структурите по УНГ.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари със специалност по нервни болести
или
лекар със специалност по детска неврология
или
двама лекари със специалност по "УНГ болести"
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика за структурите по УНГ.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За Доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести или друг специалист с допълнителна квалификация за извършване доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат.

4.2. За извършване на отоневрологични изследвания – лекар със специалност по нервни болести и допълнителна квалификация по отоневрология, удостоверена чрез сертификат, или лекар със специалност по УНГ-болести с опит в областта на отоневрологията (опита се доказва чрез проведен курс по отоневрология).

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика с поставяне на етиологична и топична диагноза и лечение при спешни състояния, характеризиращи се с кризи със световъртеж; изразен нистагъм, документиран с нистагмография; изявено нарушено равновесие с проява на нистагъм; вегетативни реакции - гадене, повръщане, както и:

- наличие на отологично заболяване - възпаление на средното ухо, холестеатома, намаление на слуха по сензонеурален или кондуктивен тип;
- наличие на общомозъчна или огнищна неврологична симптоматика - количествени нарушения на съзнанието, главоболие, засягане на черепно-мозъчни нерви, парези или парализи, отклонения в рефлексната дейност, сетивни нарушения, смутена координация, тазово-резервоарни нарушения, нарушение на висшите корови функции.
- Диагностично уточняване и корекция на терапевтичното поведение за лечение на обострени некризисни състояния, при доказана етиологична и топична диагноза, след изчерпване на възможностите за амбулаторно лечение, по искане на лекаря специалист по профила на заболяването.

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

При наличие на комбинирани оториноларингологични и неврологични увреждания се прави оценка на риска от тежестта на заболяването и се осигуряват регулярни консултации и при необходимост се провеждат манипулации от съответните специалисти.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Оториноларингологичен преглед се извършва до 48 час от хоспитализацията на пациента, или в рамките на болничния престой.
2. Аудиограма/тимпанометрия - извършва се в рамките на болничния престой, при пациенти с периферен отоневрологичен синдром.
3. Отоневрологична оценка се извършва в рамките на болничния престой.
4. В случай, че ЛЗ назначава медико-диагностични изследвания, биологичният материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до края на първия ден от хоспитализацията на пациента.
5. Рентгенография по Шулер (при необходимост) се извършва до 24 - 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.
6. Доплер-сонография се провежда при необходимост, в рамките на болничния престой.
7. КТ се провежда в рамките на болничния престой.

Всички болни, постъпили по клинична пътека “Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип” до 48 часа от постъпването в съответно клиника/отделение (УНГ, неврологично, специализирано отоневрологично) се преглеждат от специалист по УНГ болести или специалист по нервни болести. При нужда се провежда съвместно лечение от специалист по нервни болести и специалист по УНГ болести.

Диагностичният процес в болничното заведение включва:

1. Локализиране на болестния процес – вътрешно ухо, слухово-вестибуларен нерв, мозъчен ствол, главен мозък.
 2. Поставяне на етиологична диагноза – инфекция, съдов инцидент, демиелинизация, неопластичен процес, травма, системно заболяване, токсично/ототоксично увреждане.
- От особено значение е топичната диагноза. Наличието на спонтанен нистагъм е израз на статичен дисбаланс във вестибуларната система; потискането на нистагъма от зрителна фиксация сочи вероятно периферна (лабиринтна) причина за световъртежа. Наличието на вертикален, кос или чисто ротаторен нистагъм е израз на централна дисфункция.
- Отклоненията в очедвигателните тестове – забавена латентност на сакадата, нарушени следящи очни движения, са индикатор за централна (голямомозъчна или вестибуло-церебеларна дисфункция).
- Наличието на статичен позиционен нистагъм е индикатор за вестибуларна дисфункция; смяната на посоката на нистагъма при различните позиции говори за централна увреда, а запазването на посоката за периферна; потискането на нистагъма от зрителна фиксация е индикатор за периферна увреда.
- Наличието на нистагъм при разклащане на главата е израз на динамичен дисбаланс във вестибуларната система. Най-точно локализицията и степента на увреждане се определят с помощта на калорична стимулация на лабиринта и изчисляване на дирекционен препондеранс и калорична пареза. Количественото определяне на всички параметри се прави с помощта на електронистагмография.

Важно за лечението е поставянето на етиологична диагноза. В много случаи етиологичното изясняване на оплакванията е невъзможно, защото някои от заболяванията на вестибуларния апарат са идиопатични, а и вземането на биопсичен материал от вътрешното ухо е трудно. За изясняване на етиологичната диагноза се използват следните методи:

- доплерова сонография;
- компютърна томография;
- магнитно-резонансна томография;
- електроенцефалография;
- клиничко-лабораторни методи;
- рентгенография на глава и шия.

Принципи на лечение на световъртеж и нарушено равновесие:

- хидратация с водно-солеви разтвори в зависимост от тежестта на протичане и изразеността на вегетативните прояви;
- противоедемна терапия с mannitol 10% в дози 0,5-1,5 mg/kg;
- антиеметични средства;
- вестибуларни супресанти: - церебрални вазодилататори;
- ноотропни медикаменти;
- витаминолечение - показани са витамини от групата В и витамин С;
- анксиолитици при наличие на остра тревожност.

При наличие на съпътстващи соматични или психични заболявания се включва съответното лечение след консултация.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след отоневрологично изследване и при необходимост - допълнителни високоспециализирани и невроизобразяващи изследвания.

4. 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 стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- стационаране и/или подобряване на вертижния синдром;
- стационаране и/или подобряване на острата вестибуларна симптоматика;
- установяване на етиологичната и топичната диагноза и стабилизиране на общото състояние - стационаране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Превеждане в друга лечебна структура за продължаване на лечението при установяване на болестен процес от друг характер (извън световъртеж, разстройства в равновесието от централен и периферен тип).

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Световъртежът и нарушеното равновесие са сред най-честите оплаквания на населението, засягащи между 30 и 50% от общата популация. Те са сред водещите причини за инвалидизация, особено сред по-възрастните пациенти.

Световъртежът и нарушеното равновесие са синдроми на различни заболявания. Някои от тези заболявания са доброкачествени и напълно лечими, но понякога може да се касае за сравнително тежко и опасно страдание, поради което поставянето на своевременна и точна диагноза е от съществено значение.

Причина за равновесни разстройства могат да бъдат различни заболявания:

- заболявания на нервната система;
- оториноларингологични заболявания;
- психични разстройства;

- заболявания на различни телесни органи и системи – сърдечносъдова, дихателна, ендокринна и др.

Остро настъпилите световъртежи и равновесни нарушения изискват незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар, който ще направи основни изследвания и ще Ви насочи към невролог или оториноларинголог. По преценка на специалиста ще бъдете насочени към болницата.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия ОПЛ, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 114 ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА КОМАТОЗНИ СЪСТОЯНИЯ, НЕИНДИЦИРАНИ ОТ ТРАВМА

Минимален болничен престой – 2 дена

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Други увреждания на главния мозък

G93.1 Аноксично увреждане на главния мозък, неклассифицирано другаде

Не включва: усложнения при:

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- бременност, раждане или родоразрешаване (O29.2, O74.3, O89.2)
- хирургична и медицинска помощ (T80—T88)
- неонатална аноксия (P21.9)

Сомнолентност, ступор и кома

Не включва: кома:

- диабетна (E10—E14 с общ четвърти знак .0)
- чернодробна (K72.—)
- при новородено (P91.5)
- уремична (N19)

R40.2 Кома с неустановен произход

(кома по Глазгоу кома скала - GCS)

R99 Други недобре определени и неуточнени причини за смърт

Мозъчна смърт

T68 Хипотермия

Случайна хипотермия

Не включва: измръзване (T33—T35)

хипотермия:

- съпровождаща анестезия (T88.5)
- на новородено (P80.—)
- несвързана с ниска температура на околната среда (R68.0)

T71 Асфиксия

Удушаване (чрез странгулация)

Системна кислородна недостатъчност поради:

- ниско кислородно съдържание в околната среда
- механично пречатстване на дишането

Не включва: аноксия, обусловена от голяма височина (T70.2)

асфиксия от:

- въглероден окис (T58)
- инхалация на храна или чуждо тяло в дихателните пътища (T17.—)
- други газове, дим и пари (T59.—)

респираторен дистрес (синдром) при:

- възрастни (J80)
- новородено (P22.—)

Въздействие на други външни причини

T75.1 Удавяне и несмъртоносно потъване във вода

Потъване във вода

Крампии на плувците

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
 - гръден кош (57001, 57007 [1957])
 - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

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])

Компютърна томография на хипофизна ямка (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56010-00 Компютърна томография на хипофизна ямка

56010-01 Компютърна томография на хипофизна ямка с интравенозна контрастна материя

56010-02 Компютърна томография на хипофизна ямка и мозък

56010-03 Компютърна томография на хипофизна ямка и мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

56013-01 Компютърна томография на орбита с интравенозна контрастна материя

56013-02 Компютърна томография на орбита и мозък

56013-03 Компютърна томография на орбита и мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]

56016-00 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост,едностранно

56016-01 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-02 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно

56016-03	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно
56016-04	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно
56016-05	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно
56016-06	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно
56016-07	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно
Компютърна томография на лицева кост и/или параназален синус (и мозък)	
	<i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56022-00	Компютърна томография на лицева кост
56028-00	Компютърна томография на лицева кост с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на лицева кост, без, след това с венозен контраст
56022-01	Компютърна томография на параназален синус
56028-01	Компютърна томография на параназален синус с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на околоносен синус, без, след това с венозен контраст
56030-00	Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък
56036-00	Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на лицева кост, околоносен синус и мозък, без, след това с венозен контраст
56022-02	Компютърна томография на лицева кост и параназален синус
56028-02	Компютърна томография на лицева кост и параназален синус с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на лицева кост и околоносен синус, без, след това с венозен контраст
Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем	
	<i>Включва:</i> горен полукорем
	<i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
57001-00	Компютърна томография на мозък и гръден кош
57007-00	Компютърна томография на мозък и гръден кош с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък и гръден кош, без, след това с венозен контраст
56301-01	Компютърна томография на гръден кош и корем
56307-01	Компютърна томография на гръден кош и корем с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на гръден кош и корем, без, след това с венозен контраст
57001-01	Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем
57007-01	Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем, без, след това с венозен контраст
Компютърна томография на шия	
	<i>Включва:</i> ларинкс фаринкс слюнчена жлеза горен хранопровод
	<i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) такава за шиен гръбнак (виж блок [1959]) такава при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00	Компютърна томография меки тъкани на шията
56107-00	Компютърна томография меки тъкани на шия с интравенозна контрастна материя Компютърна томография меки тъкани на шия, без, след това с венозен контраст
Компютърна томография на гръбначен стълб	
	<i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56220-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, цервикален отдел
56224-00	Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, цервикален отдел Компютърна томография на шиен гръбнак, без, след това с венозен контраст
56221-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, торакален отдел
56225-00	Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, торакален отдел Компютърна томография на гръден гръбнак, без, след това с венозен контраст
56223-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, лумбосакрален отдел
56226-00	Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, лумбосакрален отдел Компютърна томография на лумбосакрален гръбнак, без, след това с венозен контраст
56233-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели
56234-00	Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст
90912-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, неуточнен регион
90912-01	Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, неуточнен регион Компютърна томография на неуточнен отдел на гръбнак, без, след това с венозен контраст
56219-00	Компютърна томография на гръбначен стълб с интратекално приложение на контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош	
	Компютърна томография на гръден кош
	<i>Включва:</i> кост гръдна стена бял дроб медиастинум плевра
	<i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на: <ul style="list-style-type: none"> • корем (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • мозък (57001, 57007 [1957])
56301-00	Компютърна томография на гръден кош
56307-00	Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст
Компютърна томография на гръден кош, корем и таз	
	<i>Включва:</i> кост меки тъкани
	<i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56801-00	Компютърна томография на гръден кош, корем и таз

56807-00	Компютърна томография на гръден кош, корем и таз с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на гръден кош, корем и таз без, след това с венозен контраст
Компютърна томография на корем	
	<p><i>Включва:</i> регион от диафрагмата до криста илиака</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • и • мозък (57001-01, 57007-01 [1957]) <ul style="list-style-type: none"> • таз (56801-00, 56807-00 [1961]) • таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00	Компютърна томография на корем
56407-00	Компютърна томография на корем с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на корем без, след това с венозен контраст
56549-01	Компютърна томография на дебело черво Компютърна томография на дебело черво, след частична колоноскопия Виртуална колоноскопия
Компютърна томография на корем и таз	
	<p><i>Включва:</i> кост бъбрек, уретер и мехур меки тъкани</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])</p>
56501-00	Компютърна томография на корем и таз
56507-00	Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст
Компютърна томография на таз	
	<p><i>Включва:</i> кост регион от криста илиака до симфиза меки тъкани</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) такава при сканиране на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • корем (56501-00, 56507-00 [1963]) • корем и гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])
56409-00	Компютърна томография на таз
56412-00	Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст
57201-00	Пелвиметрия чрез компютърна томография Измерване на обем и диаметър на таз чрез компютърна томография
Компютърна томография на крайник	
	<p><i>Включва:</i> ръка кост пръст крайници крак меки тъкани</p> <p><i>Не включва:</i> компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])</p>
56619-00	Компютърна томография на крайник

56625-00	Компютърна томография на крайник с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на крайник, без, след това с венозен контраст
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
	<i>Не включва:</i> амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854]) тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] <i>Не включва:</i> тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода ЕКГ (с 12 и повече отвеждания)
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане
1858	Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
1926	Микробиологични изследвания
92182-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност <i>Включва:</i> изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
91937-01	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура
91937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1933	Химико-токсикологични изследвания
91919-18	Мониториране на токсични нива на медикаменти и/или други токсични субстанции
1926	Микробиологични изследвания
91932-00	Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за бактериална намазка
91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност <i>Включва:</i> урокултура антибиограма
1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-08	Изследване на време на кръвене
91913-04	Изследване на време на съсирване
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбoplastиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Трахеостомия	
<i>Не включва:</i> самостоятелно обслужване на трахеостомия (90179-06 [568])	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ <i>Включва:</i> отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде	
96153-00	Хидротерапия <i>Забележка:</i> Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джа-кузи са снабдени с устройства, които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината. <i>Не включва:</i> хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108]) хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258]) тези, които индуцират: • хипертермия (92178-00 [1880]) • хипотермия (22065-00 [1880])
92178-00	Топлинна терапия Хипертермична терапия <i>Включва:</i> терапевтично поведение с използване на: • загряващи превръзки • инфрачервено облъчване • микровълни • къси вълни • парафин <i>Забележка:</i> Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси,

електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допълнение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сонди.

Кодирай също когато е направена:

- химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
- радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен

Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Vi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане]
[контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
 - асистирано дишане
- механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
 - назална
 - орална
 - трахеостомия
- отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

<p><i>Не включва:</i> продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])</p>	
13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа
Терапевтични интервенции на очи, уши, нос, уста и гърло	
92032-00	Премахване на чуждо тяло от ларинкс без инцизия
1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92048-00	Отстраняване на вътрелуменно чуждо тяло от трахея и бронх без инцизия
Приложение на фармакотерапия	
<p>Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект</p> <p><i>Не включва:</i> прилагане на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: <ul style="list-style-type: none"> • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) <p>хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок [741])</p> <p><i>Забележка:</i> Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия</p>	
96199-01	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-07	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p> <ul style="list-style-type: none"> • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър <p><i>Кодирай също когато е направена:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) <p><i>Не включва:</i> хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])</p>
96199-06	<p>Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин</p> <p>Прилагане на фармакологичен агент чрез:</p>

- 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])

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

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

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, противоиноктозен 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])

96199-03 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])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

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])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-10 Мускулно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

96199-10 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

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])

96200-10 Подкожно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- 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

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

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуспитация

13400-00 Кардиовезия

Дефибрилация

Сърдечен електрошок

Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация

Не включва: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода

92055-00 Друга конверсия на сърдечен ритъм

92053-00 Затворен гръден сърдечен масаж

Сърдечен масаж БДУ

Външен ръчен сърдечен масаж

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (една от които задължително 56001-00 или 56007-00, когато състоянието на пациента позволява да бъде извършено изследването) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

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.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За диагностичен код **T68** клиничната пътека се счита за завършена ако са изпълнени задължително диагностичните процедури: 11700-00 и 13842-01 и следните терапевтични процедури: 96153-00 и 92178-00.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в “История на заболяването” (ИЗ).

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

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Анестезиология и интензивно лечение“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“, от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана на трето ниво на компетентност, в рамките на които се извършват и дейности по анестезиология и интензивно лечение най-малко на второ ниво на компетентност по медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.

1. 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. КАИЛ/ОАИЛ или Клиника/отделение по спешна неврология
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечават 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по анестезиология и интензивно лечение.

2. 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. Отделение/лаборатория по клинична патология на територията на населеното място
2. КАТ или МРТ с осигурен 24-часов достъп, включително в условията на спешност – на територията на населеното място.
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

3. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение ;

В случаите, в които в отделението се осъществява интензивно лечение само по определена специалност, минималният брой на лекарите е четирима, от които поне един е със специалност „Анестезиология и интензивно лечение“, а останалите са със специалността, по която се осъществява интензивното лечение.

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

II. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

1. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Спешна диагностика и лечение на:

- всяко количествено нарушение на съзнанието, оценено по Глазгоу кома скала (GCS) със или без нарушение на основните жизнени функции, със или без необходимост от интубация;
- при пациенти с общо охлаждане се приема измерена анална температура под 35 градуса C.

2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Незабавен прием и изготвяне на лечебно-диагностичен план.

- медико-диагностичните изследвания (вкл. КГА) се извършват до 12 часа от приемането;
- КАТ на глава и мозък до 48 час, при нестабилна хемодинамика - до края на хоспитализацията;
- контролна рентгенография се извършва при изписване от болницата по показания.

Съгласно медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение”:

- основна поддръжка на жизнените функции (BLS – азбука на живота);
- разширена поддръжка на жизнените функции (ALS – разширена азбука на живота).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съгласно медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение”:

- основна поддръжка на жизнените функции (BLS – азбука на живота);
- разширена поддръжка на жизнените функции (ALS – разширена азбука на живота).

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- 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:

- липса на необходимост от прилагане на средства и методи за основно поддържане на живота.

Пациентът постъпва в съответната клиника/отделение за лечение на основното заболяване.

Довършване на лечебния процес и проследяване

Клиничната пътека се счита за завършена при превеждане болния от КАИЛ/ОАИЛ.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. 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 – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”*.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъкът представлява сложна и високоорганизирана материя, която осъществява контрол над функциите на целия организъм. Съзнанието е висша дейност на мозъчната кора и неговата качествена изява, зависи от състоянието на кръвоснабдяване и кислородна доставка към мозъчната кора.

Комата е състояние на "несъбуждане и нереагиране". Човек в кома няма съзнание: не вижда, не чува, не говори. Причините за такова заболяване може да са съдови, токсични, аноксични (липса на кислород). В хода на някои тежки заболявания кома може да настъпи в резултат на обменни, електролитни и други нарушения. Под действие на съответната причина се нарушава снабдяването с кислород на мозъчната тъкан.

Клиничната оценка на дълбочината на комата се оценява по точкова скала на ГЛАЗГОУ. Колкото броят на точките е по-малък, толкова прогнозата е по-лоша. Продължителността на комата с нетравматичен произход е важен прогностичен фактор. След кома, с продължителност над 15 дни, рязко се влошава прогнозата и възможностите за възстановяване без тежка инвалидизация.

Будна кома е състояние, което се характеризира с подтискане на всички двигателни функции, на говора, на жестикулациите и мимиката. Отворените очи създават впечатление, че съзнанието е запазено. Може да има и опит за проследяване с очи, за издаване на звукове. Пациентът е без емоционални реакции и не изпълнява команди. Мускулният тонус е повишен. Могат да се наблюдават примитивни защитни движения.

Хронично вегетативно състояние. То е сходно или еднакво с будната кома и е резултат на прекарана мозъчна аноксия (липса на снабдяване с кислород на мозъчната кора) с последващи тежки структурни увреждания на кората на главния мозък. Болните могат да живеят дълго време при адекватни грижи, но без да възстановят висшите си психични функции и без да имат смислени поведенчески реакции, които да доказват, че са в съзнание. Словестният контакт с тях е невъзможен. Диагноза хронично вегетативно състояние се поставя, когато са преминали поне 3 месеца от началото на заболяването.

Лечението на пациентите в кома включва най-ранно специфично и неспецифично лечение. Пример за специфично лечение е прилагане на инсулин при диабетна кома, на глюкоза при хипогликемична кома, на диализа при уремична кома и т.н. Подтискане на дихателната активност изисква незабавно осигуряване на проходимост на дихателните пътища и включване на изкуствена (механична) белодробна вентилация (МВ). Това става чрез поставяне на интубационна тръба през устната кухина, като тя достига до трахеята на пациентите. Когато се прецени, че МВ ще продължава повече от 7-10 дни, се предприема извършване на трахеостомия. При нея през отвор на трахеята се поставя трахеостомна канюла в трахеята. Така пътя на постъпващите в белия дроб газове се скъсява. Почистването на трахеята от секрети е по-лесно и броят на усложненията от притискане на тръбата върху трахеята е по-малък. Контролът на механичната вентилация се извършва чрез анализ на газовете O₂ и CO₂. Това е важно и за лечение на съществуващия мозъчен оток, който може да предизвика вторични увреждания на мозъчната кора. Техните стойности трябва да отговарят на нормалните за възрастта

По време на кома артериалното налягане трябва да се поддържа в нормални граници за възрастта. Контрол на параклиничните параметри в пълен обем се извършва еднократно седмично, но някои от тях се изследват многократно, дори през 2-3 часа, ако това е наложително.

Основното лечение на мозъчния оток става с прилагане на диуретици-Манитол, Фуросемид. Те могат да доведат до значимо намаление на течностите и електролитите в организма. Седацията и мускулното отпускане са важни терапевтични подходи за адаптиране на пациентите към механичната вентилация. Чрез тях се купират някои неполезни прояви, като кашляне, хълцане, съпротива срещу апарата за механична вентилация, моторна свръхвъзбуда.

Поради безсъзнателното състояние пациентът задължително имат уретрален катетър, който се поставя в пикочния мехур, за да се елиминира събраната урина. Друг специален катетър се поставя във венозен съд, най-често централна вена, за да получават пациентите необходимото количество течности и хранителни разтвори. Интубацията на трахеята с ендотрахеална тръба, поставяне на трахеостомна канюла и споменатите преди процедури, се считат за инвазивни и могат да доведат до различни усложнения.

В резултат на проведеното лечение и извършени изследвания идва момент, когато активното терапевтично поведение при някои пациенти завършва и всички мерки за възстановяване на индивида се свеждат до общи грижи: сондово хранене, активни аспирации, тоалет на дихателните пътища, промени на положението в леглото.

На хоспитализация в хирургична клиника /отделение или специализирана клиника/отделение за изгаряне подлежат пострадали, при които централната телесна температура е под 35 градуса С, без първично увреждане на мозъчните центрове, регулиращи телесната температура.

След определяне степента на хипотермията и вида и обширността на локалните поражения, в зависимост от степента на засягане на основните жизнени функции, се изисква:

- осигуряване на адекватна дихателна функция и оксигенация, последством O2 с маска, интубация, апаратна вентилация с подаване на затоплен и овлажнен въздух;
- осигуряване и поддържане на адекватна циркулация посредством поставяне на централен венозен източник за провеждане на инфузионна терапия, прилагане при необходимост на катехоламини, профилактика на ритъмни нарушения, поставяне на уретрален катетър и назогастрална сонда;
- прилагане на методи за общо затопляне – пасивно външно затопляне при хипотермия до 30 градуса С, поставяне на пострадалия в топли завивки и топло помещение; активно външно затопляне – електрически възглавници, затоплящи одеяла и др.;
- рехабилитация през целия болничен престой;

Лечение на придружаващите състояния – травматични поражения, интоксикации, заболявания на други органи и системи, възпалителни и ендокринни заболявания.

Лечение на локалните поражения от общо охлаждане – консервативно.

При лечението се осигурява спазване правата на пациента, установени в Закона за здравето.

Правата на пациента се упражняват при спазване на Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение.

Окончателната диагноза се поставя на база физикалното и апаратно изследване.

Пациентът се дехоспитализира в напълно възстановено съзнание и нормотермия, със стабилна хемодинамика и основни жизнени функции, без раневи повърхности от измръзване или други придружаващи травми, дадени препоръки в писмен вид за грижи и лечение в домашни условия.

След постъпването на пациента в клиниката, неговите близки могат допълнително да бъдат разпитвани с оглед уточняване на детайли от заболяването. Финансовите взаимоотношения с болницата са съгласно действащото законодателство. Сведения за Вашият близък можете да получавате всеки работен ден след 10ч. от Началник клиника/отделение или оторизирано от него лице.

Ако желаете да откажете лечение на Вашия близък, това трябва да направите писмено, с което да поемете рисковете за това действие.

След като прочетох горното, декларирам че съм информиран/а за заболяването, лечението, възможните усложнения, финансовите страни, както и за условията в болницата.

Име.....Презиме.....Фамилия.....

Роднинска връзка.....

Дата.....Подпис.....