

КП № 108 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ФАЛОИДНО ГЪБНО ОТРАВЯНЕ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

2.1. 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

2.2. 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 – по преценка на лекуващия лекар
- 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– по преценка на лекуващия лекар
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
2.3. 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.

4. 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".

а) 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 "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. 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.

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

б) 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
лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

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.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) 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 диворастващи 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 диворастващи гъби** – фалоксидно гъбно отравяне. Консумация на диворастващи 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; *ренален синдром* – увеличаваща се олигурия, албуминурия, азотни тела, хиперкалиемия; *церебротоксичен синдром* – нарушения на съзнанието, булбарна парализа; *дисметаболичен синдром*; полиорганна недостатъчност; *репарационен синдром* – продължителен.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

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:

Фалолитно гъбно отравяне – стомашно-чревна очистване (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;
- дисметаболичен 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.

6. 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 чернодробно увреждане.

7. 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.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „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”*.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Фалоидното гъбно отравяне е едно от най-тежките остри отравяния. Настъпва след консумация на диворастящи гъби от групата на фалоидните (зелена, бяла и жълта мухоморка), които по външни ботанически белези приличат на ядливите ливадна и полска печурка. Фалоидните 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 подребрие 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 гастроентерokolитните 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 фалоидното гъбно отравяне. Загубата на трудоспособност е най-малко 6 месеца.