

КП № 61 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МУЛТИПЛЕНА СКЛЕРОЗА

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

G35	Множествена склероза Множествена склероза: • 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

2.2 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: • 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])
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 АПАТ
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]
2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
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]) <i>Забележка:</i> 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 <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])
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 <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])
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])
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.

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.

4. 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“.

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 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.

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

Б. 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, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”.

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.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. 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.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

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.

Г. 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 ежедневните 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:.....

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА/ОНМ.

Диагнозата множествена склероза се поставя на базата на анамнестичните данни, неврологичния статус (най-често комбинация на пирамидни, координационни, стволни и зрителни и други увреждания) и проведените параклинични изследвания и консултации (офталмолог, отоневролог, евокирани потенциали, МРТ, компютърна томография, ликворни, серологични и имунологични изследвания).

Необходимо е от диференцирането ѝ от други демиелинизиращи заболявания (остър дисеминиран енцефаломиеелит 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).

7. 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.

8. 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”*.

ДОКУМЕНТ № 4

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). Инвалидизацията 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.